

※この欄は保護者が記入する。新規の場合は第1希望の施設名を記入。		
利用施設名	児 童 名	生年月日
		. .
		. .
		. .
児童との続柄	父 ・ 母 ・ その他()	

診 断 書

① 氏 名		児童との続柄	父 ・ 母 祖父 ・ 祖母 その他()
② 診 断 名 お よ び 診 断 内 容			
③ 児 童 保 育 の 可 否 (①が18歳以上の時)	1. 保育に支障なし 2. やや保育困難 } その期間(見込) : 年 月 日頃まで 3. 保育不能		
④ 今 後 の 治 療 期 間 (見 込 み)	<input type="checkbox"/> 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 まで <hr/> <input type="checkbox"/> 通院 年 月 日 ~ 年 月 日 まで <hr/>		
⑤ 家 族 の 看 護 ・ 介 護 の 必 要 性 (①を看護する者)	1. 必要としない 2. 必要とする → その期間(見込) : 年 月 日頃まで		
⑥ 看 護 ・ 介 護 者 氏 名 (⑤が必要な場合)			

上記のとおり証明します。

(宛先) 今治市長

年 月 日

医療機関名 _____

担当医師氏名 _____ 印

※保育所等(2号・3号認定)は、保護者が家庭において十分な保育ができない状態のときに、家庭にかわって保育を行う施設です。本様式は入所(園)に際し、家庭での児童の保育が困難であることを証明していただくためのものです。