

診 断 書

《保 護 者 用》

《診断を受ける方》		
住 所: _____		
氏 名: _____ 生年月日: S・H 年 月 日		
児童との続柄: 父・母・祖父・祖母・その他()		
初診年月日: 年 月 日		
病 名:		
入院期間	通院及び今後の療養期間	
平成 年 月 日から	平成 年 月 日から	
平成 年 月 日まで	平成 年 月 日まで	
	(通院 週 回 または 月 回)	
	※見込みで構いませんので、療養期間については必ず記入してください。	
各項目の該当する箇所に☑を付けてください。		
日 常 生 活	社 会 生 活	日 常 保 育
<input type="checkbox"/> 著しい制限あり	<input type="checkbox"/> 著しい制限あり	<input type="checkbox"/> できない状態である
<input type="checkbox"/> 一部制限あり	<input type="checkbox"/> 一部制限あり	<input type="checkbox"/> 育児の軽減が必要(週4～5日程度)
<input type="checkbox"/> 特に制限なし	<input type="checkbox"/> 特に制限なし	<input type="checkbox"/> 育児の軽減が必要(週2～3日程度)
		<input type="checkbox"/> 特に影響なし
症状 及び 所見 (児童の保育ができない状況を具体的にご記入ください。)		
診断書作成年月日 平成 年 月 日		
医療機関名		
住 所		
医師名 印		

保護者記入	児童名: _____ 生年月日:平成 年 月 日
	入所保育所又は第1希望保育所: _____

※この診断書は、保育所入所申請の添付書類として使用します。
那覇市こどもみらい課 保育グループ Tel861-6903