

診 断 書

患 者	氏 名			
	住 所			
	性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日

診 断 内 容	傷 病 名			
	初 診 日	年 月 日		
	現在の病状 (過去3か月間の病状経過)			
	治療見込み (※1)	<input type="checkbox"/> 入院 (今後_____か月間の入院が必要) <input type="checkbox"/> 通院頻度 今後(月 ・ 週)に(____日)の治療が必要。 ⇒その状況は(_____年____月____日頃 ・ 未確定)まで継続する見込みである。		
	保育の可否 (※2)	<input type="checkbox"/> 保育は困難である。(一部支障がある場合も含む) <input type="checkbox"/> 保育は十分可能である。		
	日常生活の可否 (※3)	<input type="checkbox"/> 常時援助(介護)を必要とし、身の回りのことができない。 <input type="checkbox"/> 家事や入浴など部分的に援助(介護)の必要がある <input type="checkbox"/> 援助(介護)の必要はなく、日常生活は普通にできる。		
就労の可否 (※4)	<input type="checkbox"/> 就労は困難である。(一部支障がある場合も含む) <input type="checkbox"/> 就労は十分可能である。			

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

所在地

電話番号

医療機関名

担当医師名

印

<記入にあたって(お願い)>

- ・ 認証保育所等保護者補助金申請の保護者の傷病状況を証明する場合は、すべての項目に記入してください。「※1～4」の各項目については該当する状況にチェックをしてください。
- ・ 認証保育所等保護者補助金申請の保護者が看護や介護をする場合の証明は、看護・介護される方について記入してください。なお(※2)(※4)の項目は該当いたしません。
- ・ この様式以外の診断書を使用する場合は、同様の項目を必ず記入してください。
- ・ 証明事項の修正は、必ず訂正印を押印してください。