

診断書

氏 名： _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診 断 名： _____

種 別： ☐ 精神的疾患 ☐ 身体的疾患 ☐ 難病 ☐ 怪我 ☐ 常時病臥 ☐ 一般療養
※複数チェック可

初 診 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日頃 発病時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃

入 院： ☐ 無 ☐ 有（ _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日）通 院： ☐ 週 _____ 回程度 ☐ 月 _____ 回程度 ☐ 不定期治療期間： ☐ 決まっている（ _____ 年 _____ 月頃まで） ☐ 未定療養期間： ☐ 決まっている（ _____ 年 _____ 月頃まで） ☐ 未定治療内容： _____

保 育： 児童の家庭での保育について、日常的に支援を必要とする状況ですか。

☐ はい ☐ いいえ（家庭保育に支障は無い）

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

連 絡 先 _____

担当医師名 _____ 印

※ 上記の内容が記入されていれば、診断書の形式は問いません。

※ 保育についての支援の必要性を必ず記入してください。

ふりがな 児童氏名	希望学童保育所等	新学年 性別
	☐ _____ 学童保育所 ☐ _____ サマー学童保育所 ☐ _____ 児童館（ランドセル来館） ☐ 西立川児童会館（ランドセル来館）	年 男・女

※ 保育についての支援の必要性を記入されていない場合は、疾病・負傷の要件としては認められませんのでご注意ください。

※ 治療・療養期間が決まっている場合、期間後の保育の必要性について再審査を行います。
このため、新しい診断書等の各種証明の再提出をお願いすることがあります。