立川市学童保育所入所等申請用（疾病・負傷用）

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

※ 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 ☐＿＿＿＿＿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。