

診断書 (作成から3ヵ月以内のものをご提出ください)

(姫路市こども保育課使用)

| 氏名 | 生年月日 | 性別 |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----|
| | 昭和 平成 年 月 日 令和 | 男・女 |
| 住所 | | |
| 疾病名 | | |
| 症状 | | |
| 該当するところに✓をつけてください。 | | |
| 保育の必要性 ※複数選択可 | | |
| <input type="checkbox"/> 入院を要する。(入院日： 年 月 日) | | |
| <input type="checkbox"/> 入院を要しないが、常時安静が必要である。 | | |
| <input type="checkbox"/> 家庭での保育が困難である。 | | |
| <input type="checkbox"/> 上記症状はあるが、家庭での保育は可能である。 | | |
| 家庭での保育が可能になるまでの期間 | | |
| <input type="checkbox"/> 年 月頃 回復の見込み。 | | |
| <input type="checkbox"/> 1年以上回復が見込まれない。 | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 上記のとおり診断する。 | | |
| 令和 年 月 日 | 医療機関住所 | |
| | 医療機関名称 | |
| | 医師氏名 | |
| | TEL | |
| 注 意 | | |
| • この診断書は保育所等の利用申込みをしようとする保護者が児童の保育ができない状況であることを確認し、保育の必要性を認定するために使います。 | | |
| • この診断書は姫路市こども保育課においてのみ使用します。 | | |
| • この診断書に関する費用の負担は、受診者になります。 | | |
| • ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。 | | |
| 姫路市こども保育課 認定・利用担当 TEL (079-221-2313・2366) | | |