

診 断 書

(教育・保育給付、施設等利用給付認定用)

(宛先) 名護市長

診断年月日	年 月 日
医療機関名	Ⓜ
所在地	
電話番号	
医師名	Ⓜ

次のとおり診断する。

医師 の 記 入 欄	疾 病 者	氏名				□男 ・ □女	
		生年月日	年 月 日				
	疾病の診断名						
	症 状						
	疾病者の稼働能力等についての所見	<input type="checkbox"/> 児童の保育が完全に不可能な状況である。 <input type="checkbox"/> 児童の日中の保育が困難な状況である。 <input type="checkbox"/> 児童の日中の保育が部分的に困難な状況である。 <input type="checkbox"/> 児童の保育に支障がない状況である。 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	この診断書の診断日から過去3か月間の状況	入院	年 月 日から			年 月 日まで	
		通院	年 月 日から (毎日 ・ 週 回 ・ 月 回) 程度			年 月 日まで	
	今後の見込	入院	年 月 日から			年 月 日まで	
通院		年 月 日から (毎日 ・ 週 回 ・ 月 回) 程度			年 月 日まで		
その他の特記事項							

保護者記入欄	区 分	□申込中 □入所中	施設等名	※申込中の場合は第1希望保育施設等名	
	ふりがな		申込中の場合	年 月 日入所希望	
	児童氏名		児童生年月日	年 月 日	
	疾病者氏名	児童との続柄：			
	疾病者の住所				