

診 断 書

広川町長 様

【患者記入欄】

児童の 氏名		児童の 生年月日	年 月 日	第1希望の保育施設名
			年 月 日	
			年 月 日	
患者氏名		生年月日 年 月 日		児童からみた続柄
住 所：				

【医師記入欄】

※これは保育の必要性を確認するためのものです。

1. 病 名	
2. 現在の病状	
3. 治療に要する期間 (見込みでも記入してください)	入院・通院 (年 月 日～ 年 月 日頃まで)
4. 日常生活能力の所見 (どれか一つにチェックをつけて ください)	<input type="checkbox"/> 日常生活は一人で可能である <input type="checkbox"/> 他者の援助(介護)が必要である(一部・ほぼ全部) <input type="checkbox"/> 常時安静が必要であり、家事や身の回りのことができない
5. 児童の保育能力の所見 (どれか一つにチェックをつけて ください)	<input type="checkbox"/> 児童の保育が完全に不可能な状態である <input type="checkbox"/> 児童の保育が困難な状態である <input type="checkbox"/> 児童の保育は可能な状態である
上記のとおり診断します。	
令和 年 月 日	
医療機関名 _____	
所在地 _____	
担当医師名 _____ (印)	

【お問合せ】 広川町教育委員会子ども課 ☎0943-32-1194