

診 断 書 (保育所入所用)

	保育所(園)名		入所児童名	
			入所児童名	
			入所児童名	
患 者	住 所	東京都西多摩郡檜原村 番地		
	氏 名	男・女		
	生 年 月 日	年 月 日		
	児童との続柄			
傷 病 名				
現 在 の 症 状	診 察 年 月 日	令和 年 月 日		
	治療に要する期間 (見込みでご記入ください)	入院・通院(令和 年 月 日～令和 年 月 日)		
	日常生活での所見 (どれかひとつにチェックをつけてください)	<input type="checkbox"/> 日常生活はひとりでも可能である <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 <input type="checkbox"/> その他(特記事項)		
	児童の保育についての所見 (どれかひとつにチェックをつけてください)	<input type="checkbox"/> 児童の日中常時の保育が困難な状態である <input type="checkbox"/> 児童の日中の保育が部分的に困難な状態である <input type="checkbox"/> 児童の保育はほぼ全部不可能な状態にある <input type="checkbox"/> 児童の保育は可能である <input type="checkbox"/> その他(特記事項)		
医 師 署 名 欄	上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 病 院 所 在 地 病 院 名 医 師 名 <div style="text-align: right;">⑩</div>			