

診 断 書

(あて先) 浜松市長

《保護者記入欄》

どちらか〇で 囲んでください。	児童名	児童との続柄
申込中 ・ 在園中	第一希望 (在園) 施設名	児童生年月日
		・ ・

証明日 令和 年 月 日

所在地 _____

※証明日が証明書提出日3ヶ月以前の場合
は無効となります。

医療機関名 _____

電話番号 _____

担当医師 _____ (印)

下記のとおり診断します。

※担当医師の印、証明日の記入がないものは無効となります。

※ 以下の太線内は担当医師が記入してください。

氏 名		(昭和 ・ 平成 ・ 令和) 年 月 日生
傷 病 名		
病 状		
治療期間 (該当するものに☑)	通院	通院開始日 平成・令和 年 月 日 通院の頻度 □月 □週 回
	入院	<input type="checkbox"/> 入院予定 入院開始予定日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 入院期間 平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日頃まで
総合所見 (日常生活能力の程度) (該当するものに☑)		<input type="checkbox"/> 常時、臥床、また安静を保つ必要がある。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。 <input type="checkbox"/> 基本的に日常生活はできるが、療養が必要である。

(問い合わせ先)	中区役所 社会福祉課 TEL457-2038	北区役所 社会福祉課 TEL523-2893
	東区役所 社会福祉課 TEL424-0175	浜北区役所 社会福祉課 TEL585-1121
	西区役所 社会福祉課 TEL597-1157	天竜区役所 社会福祉課 TEL922-0023
	南区役所 社会福祉課 TEL425-1463	こども家庭部幼児教育・保育課 TEL457-2118