

保育様式④

診 断 書

(あて先) 浜松市長

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。

《保護者記入欄》

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

※ 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 (退院後 <input type="checkbox"/> 通院予定あり <input type="checkbox"/> 通院予定なし <input type="checkbox"/> 未定)
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。

※診断書の記入用紙については区役所社会福祉課で受領または子育て情報サイトぴっぴからダウンロードしてください。

〈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 TEL457-2867

書類のダウンロード
はこちらから

