|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診　　断　　書 | 保育園等名 |  |
| 児童名 |  |
| 生年月日 | * ・
 |

年　　　月　　　日

（宛先）　八千代市長

医療機関名

担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　以下のとおり診断いたしました。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 住所 |  |
| 傷　　　　病 | 病　　名 |  |
| 病　　状 |  |
| 保育の可否 | 　　　[ ] 児童の保育に支障あり | 　　[ ] 児童の保育に支障なし |
| 治療見込期　　間 | 　　年　　　　月　　　　日　　～　　　年　　　　月　　　　日 |
| 入院見込期　　間 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　～　　　年　　　　月　　　　日 |

注

1. この診断書は，保護者が傷病及び介護のために**保育にあたれないことを入園理由とするとき**に提出して

ください。

２．保護者及び介護される者が身体障害者手帳・療育手帳及び精神障害者保健福祉手帳を所持している場合

には，医師の診断は必要ありませんので，以下の欄に必要事項を記入し，提出してください。

心 身 障 害（児）者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 心身障害（児）者氏名 |  | 住所 |  |
| 身体障害者手帳 | 療育手帳 | 精神障害者保健福祉手帳 |
| 手帳番号　　　第　　　　　　号 | 手帳番号　　　第　　　　　　号 | 手帳番号　　　第　　　　　　号 |
| 交付年月日　　　　年　　月　　日 | 交付年月日　　　　年　　月　　日 | 交付年月日　　　　年　　月　　日 |
| 障害名 | 判定年月日　　　　年　　月　　日 | 有効期限　　　　年　　月　　日 |
|  |  |  |
| 等　　級　　　　　種　　　　級 | 障害程度　　　　　の | 等　　級　　　　　　　　　　級 |