

⑬ 診 断 書

保護者記載欄		児童（きょうだい連名可）		在籍及び利用（予定）施設	
フリガナ		茅ヶ崎市			
氏名		または			
		他市（ ）			
児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 同居祖父 <input type="checkbox"/> 同居祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ）			電話	

（宛先）茅ヶ崎市長/茅ヶ崎市福祉事務所長

【医療機関記載欄】 ※同内容を記載した別書式の診断書も可。

フリガナ		明治・大正・昭和・平成・令和
氏名		年 月 日生（ ）歳
住所		
病名	主たる病名（ ）	
※従たる病名及び合併症は該当があれば記入してください。	従たる病名（ ）	
	合併症（ ）	
所見	（推定発病時期 年 月頃）	
※発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容等を具体的に記入してください。		
治療見込み時期	治療見込み時期 年 月 日～ 年 月 日（必須）	
	保育ができない期間 年 月 日～ 年 月 日（必須）	
	入院期間（ 年 月 日～ 年 月 日）（該当する場合）	
	介護期間（ 年 月 日～ 年 月 日）（該当する場合）	

【下記の該当する番号に○をつけてください】

1. 当該患者は、上記内容から児童の保育ができないと認めます。（疾病・障がい）
2. 当該患者は、上記内容から介護が必要であることを認めます。（介護・看護）

令和 年 月 日	
医療機関の名称	診療担当科名
所在地・電話番号	医師氏名
	印