

⑧ 診断書

(宛先) 茅ヶ崎市長／茅ヶ崎市福祉事務所長

年 月 日

子どもの名前	フリガナ		子どもの名前	フリガナ	
生年月日	年 月 日		生年月日	年 月 日	
クラス年齢	令和6年4月1日時点の年齢 歳児クラス	令和7年4月1日時点の年齢 歳児クラス	クラス年齢	令和6年4月1日時点の年齢 歳児クラス	令和7年4月1日時点の年齢 歳児クラス
<input type="checkbox"/> 保育所等を利用中（保育所等の名称： ） <input type="checkbox"/> 申請中(転園申請含む)			<input type="checkbox"/> 保育所等を利用中（保育所等の名称： ） <input type="checkbox"/> 申請中(転園申請含む)		

※この診断書は、以下の内容が記載されているものであれば医療機関の取り扱う診断書でも提出可能です。

医療機関記載欄	
氏名	フリガナ 生年月日 年 月 日
診断日	年 月 日
傷病名	
上記傷病による 保育の可否	<input type="checkbox"/> 保育に支障なし <input type="checkbox"/> 保育困難 <input type="checkbox"/> 保育不可
症状等	※保育が困難・不可である状況について、具体的に記入してください。
今後の治療見込み	治療見込み期間 年 月 日 から 年 月 日頃まで / <input type="checkbox"/> 未定
	保育が困難な期間 年 月 日 から 年 月 日頃まで / <input type="checkbox"/> 未定
	入院期間 <input type="checkbox"/> 該当なし / <input type="checkbox"/> 年 月 日から 年 月 日頃まで
該当項目に✓	<input type="checkbox"/> 当該患者は、上記症状のため子どもの保育ができないことを認めます。 <input type="checkbox"/> 当該患者は、上記症状のため介護・看護が必要であることを認めます。

証明年月日	年 月 日		
医療機関名称			診療担当科
所在地・電話番号			医師氏名