

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7年4月1日時点の年齢	令和8年4月1日時点の年齢	令和7年4月1日時点の年齢
	歳児クラス	歳児クラス	歳児クラス
保育所等名称	<input type="checkbox"/> 利用中 () <input type="checkbox"/> 申請中 (転園申請含む)		<input type="checkbox"/> 利用中 () <input type="checkbox"/> 申請中 (転園申請含む)

以下、医療機関記載欄

この診断書は「患者自身が保育を行うことが難しい場合」または「患者が介護・看護を必要としており、その結果、介護者・看護者が保育を行うことが難しい場合」に記載をお願いするものです。以下の項目について内容を読み取ることができれば医療機関指定の様式であっても手続きが可能です。

患者氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
初診日	年 月 日		
傷病名			
症状等	※「患者自身が保育を行うことが難しい状況」や「患者が介護・看護を必要とする状況」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	<input type="checkbox"/> 年 月 日から 年 月 日頃まで / <input type="checkbox"/> 未定	
	入院期間 (予定含む)	<input type="checkbox"/> 該当なし / <input type="checkbox"/> 年 月 日から 年 月 日頃まで	
患者について	患者自身が 子どもの保護者 である場合	<input type="checkbox"/> 当該患者は、上記症状等のため子どもの保育が困難であることを認めます。	
		保育困難期間 いずれかにチェック	<input type="checkbox"/> 年 月 日から 年 月 日頃まで <input type="checkbox"/> 未定
	患者の 介護者・看護者が 子どもの保護者 である場合	<input type="checkbox"/> 当該患者は、上記症状等のため介護・看護が必要であることを認めます。	
		介護・看護必要期間 いずれかにチェック	<input type="checkbox"/> 年 月 日から 年 月 日頃まで <input type="checkbox"/> 未定

記入日	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

