診　断　書

保護者用

藤　沢　市　長

医師記入欄	※ この診断書は保育施設・幼稚園等の利用に係る認定にあたっての保育の必要性を確認するためのものです。		
1. 氏名			
2. 生年月日	年　月　日	3. 性別	男　・　女
4. 診断名			
5. 初診日	年　月　日		
6. 現在の病状について			
7. 今後の見通し	現在：週＿＿日（若しくは 月＿＿日）通院中。 今後：週＿＿日（若しくは 月＿＿日）の通院加療が＿＿ヵ月程度必要。		
8. 入院状況（予定）	＿＿年＿＿月＿＿日から＿＿年＿＿月＿＿日まで入院・入院予定 退院後＿＿年＿＿ヵ月程度必要。の通院加療を要する。		
9. 就学前児童の保育についての所見（下記の該当する項目のいずれかに〇をつけてください）			
Ⅰ　上記の者は、就学前児童の保育が完全に不可能な状態である Ⅱ　上記の者は、就学前児童の日中常時の保育が困難な状態である Ⅲ　上記の者は、就学前児童の日中の保育が部分的に困難な状態である Ⅳ　上記の者は、就学前児童の保育が十分に可能な状態である			
上記のとおり診断します。　証明年月日　年　月　日 **※証明年月日を必ずご記入ください。** 医療機関名 所在地 担当医師名　㊞			

※上記内容が記載されていれば、診断書の形式は問いません。

保護者記入欄	電子申請（マイナポータル）でお申込みの方はチェックをお願いします ☐					
児童名		生年月日	年　月　日	申込中・内定・利用中	利用施設名 ※申込中の方は第一希望施設	
			年　月　日	申込中・内定・利用中		
			年　月　日	申込中・内定・利用中		