| 保育施設名 | | 児童名 | |
|---|---|---|---|

# 診　断　書

令和　　年　　月　　日

久慈市長　様

医療機関名

所在地

担当医師名　　印

電話番号　　－　　－

次のとおり、診断します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 氏　　名 | | | 性　　別 | □ 男　□ 女 |
| 生年月日 | □ 大正　□ 昭和　□ 平成　　年　　月　　日（　　歳） | | | |
| 傷 病 名 | | | | |
| 病　　状 | | | | |
| 治療期間 | 通院 | 通院期間 | 平成<br>令和　　年　　月　　日 ～ 平成<br>令和　　年　　月　　日 | |
| | | 通院頻度 | □ 月　□ 週　　回 | |
| | 入院 | □ 入院予定 | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 | |
| | | □ 入院中 | 平成<br>令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 | |
| 総合所見 | □ 常時、臥床又は安静に保つ必要がある。<br>□ 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。<br>□ 基本的に日常生活はできるが、療養が必要である。<br>□ 日常生活に支障がない。<br>□ その他（　　） | | | |
| 特記事項 | | | | |

※　上記「保育施設名」欄は在籍する（申請予定含む）施設がある方のみ記入してください。

※　この書類は、子どものための教育・保育給付及び子育てのための施設等利用給付の認定に当たり、療養状況の確認資料として使用するものです。