

診 断 書

鹿児島市保育幼稚園課、各支所福祉課・保健福祉課提出用

氏 名	
生 年 月 日 等	年 月 日 男 ・ 女
病 名	
症 状	
受診等の状況 (該当項目に○印のご記入及び□にチェックをしてくださるようお願いいたします。)	1 年 月 日 から 入院中 ・ 入院予定 である。 2 1か月に 日、治療のため通院中である。 3 下記の状況により自宅療養を要する。 <input type="checkbox"/> 常時寝たきりである。 <input type="checkbox"/> 常に安静を要する。 <input type="checkbox"/> その他()
治療見込期間	(開始) 年 月 日 (終了) 年 月 日 ・ 未定
当該人の家庭での保育 についてのご意見 (該当項目に○印のご記入をお願いします。)	1 長期入院(1か月以上)又は常時寝たきりの状態であり、保育が常時困難である。 2 常に安静を要するなど、保育が常時困難である。 3 上記以外の場合で疾病により保育が困難である。 4 家庭での保育は可能である。
年 月 日	医療機関名
	所在地
	医師名 印

※この書類に関する費用等の負担は請求者(患者)になります。

保護者記入欄		
児童氏名	(年 月 日生)	施設名 [※]
保護者氏名	続柄：児童の()	

※申込中の場合は第1希望の施設名をご記入ください。