		/IT &\					
		(氏 名)					
		(生年月日)	昭和・平成 <u>令和</u>		月		<u>目</u>
	(44 114 114						
1.	(診 断 名)						
2.	(治療期間と通院回数)						
3.	(児童の保育等について) *該当 [*]	すろ番号に○タ	つけてくか	デ さい.			
٠.				_			
	(1)上記の者は、療養の7	こめ児重の保	再か ぐざる	いと認める	0 0		
	(2) 上記の者は、日常生活	舌において看	(介) 護の	必要を認め	る。		
4.	(「児童の保育ができない」またん	は「看(介)言	護が必要な	〕理由			
	•	・・・・症状紀	隆過と家庭	生活への影	響など)	
5.	(保育できない期間等) 令和	1 年 月	日	~ 令和	年	月	日
5.	(保育できない期間等) 令和	上 年 月	· 目	~ 令和	年	月	日
5.		1 年 月	· 目·	~ 令和	年	月	Ħ
5.	(保育できない期間等) 令和 上記のとおり診断します。	1 年 月	· H	~ 令和	年	月	日
5.		1 年 月	· FI	~ 令和	年	月	日

*上記の内容が記入されていれば、診断書の形式は問いません。

医療機関名 • 所在地

証 明 者 (医師名) ※自署または記名押印

※保護者記入欄

児童名	平成 令和	年	月	日生	施設名	□利用中 □第1希望
児童名	平成 令和	年	月	日生	施設名	□利用中 □第1希望
児童名	平成 令和	年	月	日生	施設名	□利用中 □第1希望

お願い(保育所入所用診断書について)

この診断書は、保育所の入所審査用で、保護者(同居の祖父母含む)が、日中、 家庭で子どもの保育(世話)が出来ない(または、出来る)理由を明らかにするも のです。

ですから、病気そのものの内容ではなく、症状及び薬の副反応などにより、どのような状態であるかということを中心にご記入いただきますようお願いします。

【4の記入例】

- ○薬の副反応により、体のだるさやふらつきがあるため児童の保育が 出来ない。保育が出来ない期間は、今のところ未定。
- ○3か月程度安静が必要であるため、児童の保育が困難である。

お手数をおかけしますが、よろしくお願いいたします。

【問い合わせ先】

益城町役場 こども未来課 保育係 Tal 0 9 6 - 2 8 6 - 3 1 1 7 (直通)