診　断　書

住　所
氏　名
生年月日　　年　　月　　日（　　歳）

1．病　　名　（　　）

2．現在の症状　（　　）

3．治癒見込　　全治　　ヶ月　／　　未定

4．通院期間　　通院開始日（　　年　　月　　日）　通院中（月に　　日程度）
　　通院完了予定日（　　年　　月　　日）

5．入院期間　　□　入院予定　　入院開始予定日　　（　　年　　月　　日）
　　□　入院中　　入院開始日　　（　　年　　月　　日）
　　退院予定日　　（　　年　　月　　日）

6．日常生活能力の程度（該当する番号を選んでいずれか一つを○で囲んでください）
(1)　日常生活は普通にできる。
(2)　日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。
(3)　部分的に他者の援助（介護）がないと生活できない。
(4)　日常生活の大半に他者の援助（介護）が必要である。
(5)　常時援助（介護）を必要として、身の回りのことはほとんどできない。

7．児童の保育能力の程度（該当する番号を選んでいずれか一つを○で囲んでください）
(1)　上記の者は、療養のため児童の保育が完全に出来ないと考えられる。
(2)　上記の者は、療養のため児童の保育が部分的に出来ないことがあると考えられる。
(3)　上記の者は、療養を認めるが児童の保育が出来ると考えられる。

年　　月　　日

病院（医院）所在地
病院（医院）名
医　　師　　名　　印

※6(1)および 7(3)に該当する場合は、保育の必要性の要件に該当しません。

保護者記入欄

児童氏名		生年月日	年　　月　　日	施設名
児童氏名		生年月日	年　　月　　日	施設名