

診断書※認定こども園等入所用

加西市長 様

記 入 日 年 月 日

医 療 機 関 住 所

医 療 機 関 名 称

担 当 医 氏 名

電 話 番 号

次のとおり、診断する。

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
傷 病 名			
症 状			
保育の必要性について※該当するものに✓をつけてください。複数選択可能です。			
☐ 入院を要する ☐ 自宅での常時安静が必要である ☐ 家庭での保育が困難である ☐ 上記症状はあるが、家庭での保育は可能である			
通院頻度			
☐ 月 回程度 ☐ その他()			
家庭での保育が可能になるまでの期間※該当するものに✓をつけてください。			
☐ 年 月頃 回復の見込み ☐ 1年以上の回復が見込まれない ☐ その他()			

- ※ この診断書は、こども園等への利用に関し、保護者が児童の保育ができないことを確認し、保育の必要性の有無を認定するために使用します。
- ※ この診断書は、加西市こども未来課において、保育の必要性の判定のみに使用します。
- ※ この診断書に関する費用の負担は、受診者負担となります。
- ※ この様式外の診断書も可能ですが、必要事項の記入をお願いいたします。
- ※ 記入にあたり、ご不明な点等ございましたら、加西市こども未来課(0790-42-8726)へお問合せください。

保護者記入欄

児童氏名	生年月日	施設名
	年 月 日	※申込中の場合は、第1希望の施設名を記入してください
	年 月 日	
	年 月 日	