診　断　書（学童クラブ用）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学童クラブ名 | | | 現在通っている小学校 | 小学校 |
|  | | | 学　　　級 | 年　　　　組 |
| 入所児童名 |  |
| 患　者 | 住　　　　所 | 藤崎町大字 | | |
| 氏　　　　名 |  | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 児童との続柄 |  | | |
| 傷病名 |  | | | |
| 現在の症状 | 診察年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 治療に要する期間  (見込みでご記入ください) | 入院・通院（　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日） | | |
| 日常生活での所見  (どれかひとつにチェックをつけてください） | □ 日常生活はひとりでも可能である  □ 他者の援助（介護）が必要である（一部・ほぼ全部）  □ 常時安静が必要であり、家事や身の回りのことができない  □ その他（特記事項　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 児童の保育について  の所見  (どれかひとつにチェックをつけてください） | □ 児童の日中常時の保育が困難な状態である  □ 児童の日中の保育が部分的に困難な状態である  □ 児童の保育はほぼ全部不可能な状態にある  □ 児童の保育は可能である  □ その他（特記事項　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 医師署名欄 | 上記のとおり診断します。  令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　病院所在地  　　　　　　　病院名  　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |

【お問い合せ先】 藤崎町住民課子育て支援係　℡0172－88－8184（直通）