

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	昭・平・令 年 月 日	
	児童との続柄		
診 断 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)	<input type="checkbox"/> 日常生活はひとりでも可能である <input type="checkbox"/> 他者の援助（介護）が必要である（一部・ほぼ全部） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 児童の日中常時の保育が困難な状態である <input type="checkbox"/> 児童の日中の保育が部分的に困難な状態である <input type="checkbox"/> 児童の保育はほぼ全部不可能な状態にある <input type="checkbox"/> 児童の保育は可能である <input type="checkbox"/> その他（特記事項 ）	
医 師 署 名 欄	上記のとおり診断します。 <div style="text-align: right;"> 年 月 日 病 院 所 在 地 病 院 名 医 師 名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> </div>		

※太枠内は主治医（医療機関）から証明をお願いします。

【お問い合わせ先】 藤崎町住民課子育て支援係 TEL0172-88-8184（直通）