診　断　書（保育所等入所用）　（　　年度）

藤崎町長

	保育所（園）名		入所児童名	
	保　育　所		入所児童名	
	認定こども園		入所児童名	
患　　者	住　　所	藤崎町大字		
	氏　　名			
	生 年 月 日	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 ※いずれか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 ※患者が児童の保護者（父母等）の場合、いずれか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。 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）