

※この証明書は、保育所及び児童クラブの証明として使用できます（原則、原本は保育所、コピーを児童クラブへ提出ください）

★原本在り処 □下の子申込 □入所児童 □転園申込 □児童クラブ

受付

| ふりがな<br>児童氏名 | 生 年 月 日 | 保 育 所・児童クラブ 名                                                                               |
|--------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
|              | H . .   | <input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定<br><input type="checkbox"/> 申込中 |
|              | H . .   | <input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定<br><input type="checkbox"/> 申込中 |
|              | H . .   | <input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定<br><input type="checkbox"/> 申込中 |
|              | H . .   | <input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定<br><input type="checkbox"/> 申込中 |

以下、医療機関等に証明を受けてください。

診 断 書

|                                            |                                                                                                                        |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 患 者 氏 名                                    |                                                                                                                        |
| 患 者 住 所                                    | 出雲市                                                                                                                    |
| 患 者 生 年 月 日                                | 明治 大正 年 月 日<br>昭和 平成                                                                                                   |
| 疾 病 名                                      |                                                                                                                        |
| 上 記 疾 病 に か か る<br>加 療 見 込 期 間             |                                                                                                                        |
| 付記<br>(病状等)                                |                                                                                                                        |
| 当 該 患 者 が 同 居 児 童 を<br>保 育 す る こ と に つ い て | <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> とても困難 |
| 当 該 患 者 に 係 る<br>家 族 の 介 護 の 要 否           | <input type="checkbox"/> 要しない <input type="checkbox"/> 要する                                                             |
| 〔当該患者が入所申込対象児童の場合〕<br>集団での保育を受けることについて     | <input type="checkbox"/> 望ましくない <input type="checkbox"/> 望ましい                                                          |

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所 在 地 : \_\_\_\_\_

医療機関名 : \_\_\_\_\_

担当医師名 : \_\_\_\_\_

(＊署名または押印願います。)

※この診断書は、保育の支給認定および保育所等への入所（継続入所）の要否判定に使用するものです。

| <div>受付</div> <div>記入例</div> | ふりがな<br>児童氏名    | 生 年 月 日        | 保 育 所・児童クラブ 名                                                |
|------------------------------|-----------------|----------------|--------------------------------------------------------------|
|                              | いずもいちろう<br>出雲一郎 | H ** . ** . ** | ●●保育所 <input checked="" type="checkbox"/> 入所中 □__月内定<br>□申込中 |
|                              |                 | H . .          | □入所中 □__月内定<br>□申込中                                          |
|                              |                 | H . .          | □入所中 □__月内定<br>□申込中                                          |
|                              |                 | H . .          | □入所中 □__月内定<br>□申込中                                          |

以下、医療機関等に証明を受けてください。

## 診 断 書

|                                            |                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 患 者 氏 名                                    | 出雲 吉右衛門                                                                                                                           |
| 患 者 住 所                                    | 出雲市 今市町70番地                                                                                                                       |
| 患 者 生 年 月 日                                | 明治 大正 30 年 5 月 ●● 日<br><u>昭和</u> 平成                                                                                               |
| 疾 病 名                                      | リウマチ                                                                                                                              |
| 上 記 疾 病 に か か る<br>加 療 見 込 期 間             | 1年以上                                                                                                                              |
| 付記<br>(病状等)                                | 関節痛だけでなく、微熱や倦怠感など全身症状あり。<br>関節に負担をかけないように、できるだけ安静が必要。<br>週1回の通院が必要。                                                               |
| 当 該 患 者 が 同 居 児 童 を<br>保 育 す る こ と に つ い て | <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input checked="" type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> とても困難 |
| 当 該 患 者 に 係 る<br>家 族 の 介 護 の 要 否           | <input type="checkbox"/> 要しない <input checked="" type="checkbox"/> 要する                                                             |
| 〔当該患者が入所申込対象児童の場合〕<br>集団での保育を受けることについて     | <input type="checkbox"/> 望ましくない <input type="checkbox"/> 望ましい                                                                     |

上記のとおり相違ないことを証明します。

\*\*年 12月 ●●日

所 在 地 : 出雲市塩冶町●●番地

医療機関名 : ▲▲整形外科医院

担当医師名 : ◆◆ ◆◆

(\*署名または押印願います。)