**診　　断　　書**（保護者用）

　　※この診断書は、保育の認定をするために必要な書類となります。捺印のうえ証明を

　　　　 お願いします。

　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日

 住　　所

　 病　　名

 　初 診 日 年　　　　月　　　　日

　 発病時期　　　　　　　 年 月　　　　日

　 入 院 歴　　　無・有⇒（　　　年　　　月　　　日から　　　年　　　月　　　日）

　 手 術 歴　　　無・有⇒（　　　年　　　月　　　日から　　　年　　　月　　　日）

 患者の病状についてお答え下さい。

　　　①生活に制限はありますか。

　　　　　無

　　　　　有・・・　仕事・家事・育児・運動・その他（○をつけてください）

　　　②制限が有の場合、それぞれの制限について具体的にご記入してください。

　　　③必要と考えられる通院頻度をご記入してください。

　　　　　　　　　　月・週に　　　　日の通院が必要と考えます。

　　　④患者が未就学児童を保育するのは可能ですか。

　　　　　　可能と考える

　　　　　　不可能である・・・その状況は（　　年　　月頃まで・未確定）

　　　　**以上のとおり診断します。**

**令和　　　年　　月　　日**

**医療機関名**

**医　　　師　　　　　　　　　　　　　　　　印**