〈保護者記入欄〉		保育施設（又は第一希望園）・育成クラブ
ふりがな 児童名：	平成 令和　　年　月　日生	園・クラブ
ふりがな 児童名：	平成 令和　　年　月　日生	園・クラブ

作成者の方へ　＊この診断書は保育施設・留守家庭児童育成クラブ（学童保育）の利用・入所決定の際の添付書類として使用します。
作成の際は、保育の必要性の観点でご記入をお願いします。
＊また、虚偽の記入が発覚した際は利用・入所決定を取り消すことがあります。

診　断　書

医師記入欄

患　者	住　所 氏　名　　生年月日　S・H・R　　年　　月　　日 疾 病 名

入院（予定）期間　　令和　　年　　月　　日　より　　ヶ月　　日間

今後（退院後）の通院及び療養期間　　ケ月　　日間　（通院　　週　　回　または、月　　回）

＊ 見込みで構いませんので、必ずご記入ください

症状　及び　所見（児童の保育ができない状況を具体的にご記入ください）

各項目の該当箇所にチェックをつけてください

○ 日常における家庭保育

□ 特に影響なし　　□ 育児の軽減が必要（やや保育が困難）　　□ できない状態である（保育が困難）

○ 家族による看護や介護の状況

□看護や介護を必要とする(週３日以上)　　□看護や介護を必要としない

川西市教育委員会　宛

診断書作成年月日　　令和　　年　　月　　日

医療機関名

所在地

電話

医師名　　㊞

＊訂正の際は訂正印によりお願いします

〈保護者記入欄〉
○看護や介護にあたる者の氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿ ○児童との続柄　　父　・　母　・　祖父　・　祖母　・その他（　　）