

【認証保育所等保育料補助金用】

# 診 断 書

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ください。

問 生活（仕事・育児・運動等）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）に制限が必要  
（制限について具体的にご記入ください。）

問 治療状況と、方針についてご記入ください。

現在の状況 {  
今後の治療方針 {

問 今後必要と考えられる通院頻度をご記入ください。  
（ \_\_\_\_\_ か月・月・週）に（ \_\_\_\_\_ 日）の通院が必要と考えます。

問 医学的見地から、患者が未就学児童の保育をする事は可能ですか。  
可能である  
不可能である その状況はいつまで継続すると考えますか（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃・未確定）

以上のとおり診断します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 医療機関名

\_\_\_\_\_ 医 師 \_\_\_\_\_ 印

< 保護者記入欄 > .....

私は、補助金の申請において、現在の状況を届出します。なお、補助申請期間における疾病の状況に、本申請書を提出後に変更があった場合は、すみやかに診断書を再提出することに同意します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 申請者氏名 \_\_\_\_\_

児童氏名	(生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)
利用施設名	