

診 断 書

患者氏名	
住 所	飯能市
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
疾 病 名	
病 状	

- ・上記の者は、療養のため児童の保育ができないと認める。(本人の場合)
 1. 1か月以上入院している又は、入院を予定している。
 2. 通院加療が必要で、常に安静を要する。
 3. 定期的な通院加療が必要で、1日4時間以上、週4日以上安静が必要である。
 4. 症状改善に必要であるため、週1日～週3日程度、保育を休むことが望ましい。
- ・上記の者は、日常生活において介護の必要を認める。(親族の介護・看護の場合)
 5. 寝たきり・重度心身障害者のため、常時介護が必要であり、保育をすることができない。
 6. 日常生活、通院等に付き添うなど、介護が必要であり、常時保育をすることができない。
 7. 介護が必要であるため、昼間1日4時間以上、週4日以上保育をすることができない。
 8. 介護が必要であるため、おおむね週1日～週3日程度、保育をすることができない。

* 1～8のうち、該当する番号に○印をつけてください。

保育できない期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関所在地 _____

証明者 医療機関名 _____

医 師 名 _____ (印)

*この診断書、又は同内容を具備する診断書をお願いします。

(問い合わせ先 飯能市役所保育課 042-973-2111 (代))

保護者記入欄 (申請書と同時提出の場合は記入不要)	保護者氏名	(患者との続柄) (児童との続柄)		
	利用(希望)保育所		利用(希望)保育所	
	児 童 氏 名		児 童 氏 名	
	児童生年月日	令和 年 月 日	児童生年月日	令和 年 月 日