

(児童氏名：) 園名：)

診 断 書 (保育認定用)

氏 名： 様

生年月日： 昭和 ・ 平成 年 月 日

1. 病名等

2. 保育に欠ける状況、期間等に対する所見

※上記1の病状により患者本人が同居する児童を保育することが困難か、その状況が長期に渡るものであるか等についての所見をご記入くださいますようお願いいたします。

(該当する場合はチェックをお願いいたします。)

常時臥床

入院

なし あり (年 月 日から 年 月 日)まで ・ 未定

通院

なし あり (年 月 日から 年 月 日)まで ・ 未定

1か月～数か月に1回の通院が必要である。

月2回以上の通院が必要である。

3. 育児について (該当する項目にチェックをお願いいたします。)

特段の制限はなく、育児を行う事は可能である。

育児が難しい場合が多く、症状の安定・改善のためには継続的な育児の援助が望まれる。

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

住 所

医療機関名

医 師

印