保育施設名		児童名	

診　断　書

令和　　年　　月　　日

久慈市長　様

医療機関名

所在地

担当医師名　　印

電話番号　　－　　－

次のとおり、診断します。

氏　　名				性　　別	□ 男 □ 女
生年月日	□ 大正 □ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日（　　歳）				
傷 病 名					
病　　状					
治療期間	通院	通院期間	平成 令和　　年　　月　　日 ～ 平成 令和　　年　　月　　日		
		通院頻度	□ 月 □ 週　　回		
	入院	□ 入院予定	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日		
		□ 入院中	平成 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日		
総合所見	□ 常時、臥床又は安静に保つ必要がある。 □ 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。 □ 基本的に日常生活はできるが、療養が必要である。 □ 日常生活に支障がない。 □ その他（　　）				
特記事項					

※　上記「保育施設名」欄は在籍する（申請予定含む）施設がある方のみ記入してください。

※　この書類は、子どものための教育・保育給付及び子育てのための施設等利用給付の認定に当たり、療養状況の確認資料として使用するものです。