| 保護者記入欄 | 施　設　名（第一希望） | 児　童　名 | 生　年　月　日 |
|---|---|---|---|
| | | | 年　　月　　日 |
| | | | 年　　月　　日 |
| | | | 年　　月　　日 |

※複数名の児童を同時期に申請する場合は、2人目以降の診断書は写しでも構いません。

# 診　　断　　書

※以下、医師記入欄

| | | | |
|---|---|---|---|
| 患者氏名 | | | |
| 児童との続柄 | □父　□母　□祖父　□祖母　□他（　　） | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | | | |
| 診断名 | | 初診日 | 年　　月　　日 |
| 現在の症状 | ※具体的に記入してください。<br><br>□安静を要する状態である | | |
| 今後の治療期間 | 入院 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日頃まで | |
| | 通院 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日頃まで | |
| 保育の必要性 | 医学的見地から、患者が小学校就学前児童を保育することは可能ですか。<br>□可能と考える<br>□困難と考える<br>⇒その状況はいつまで継続すると考えますか。（　　年　　月　　日頃まで） | | |
| 介護の必要性 | 医学的見地から、患者に家族の看護・介護は必要ですか。<br>□必要としない<br>□介助を必要とする<br>⇒その状況はいつまで継続すると考えますか。（　　年　　月　　日頃まで） | | |

八幡市教育委員会 教育長　様

上記のとおり診断します。

診察年月日　　年　　月　　日

医療機関名

医　　師　　㊞

電　　話