

(放課後児童保育室) (児童名)

診 断 書 (放課後児童保育室申請用)

氏 名		生 年 月 日	昭・平 年 月 日生(歳)
傷病名			
初診日	年 月 日(頃)	治療期間 (見込)	年 月頃まで・不 明
入院期間 (予定も含む)	年 月 日 ~ 年 月 日		
総合所見			
児童に対する 保育の可否	<p><現在の状態></p> <ol style="list-style-type: none">1 児童の保育が不可能な状況である。2 児童の保育が困難な状況である。3 児童の保育が部分的に困難な状況である。4 児童の保育が十分に可能な状況である。 <p><公共機関等への相談歴>※ 該当ある場合のみ</p> <ol style="list-style-type: none">1 児童相談所 (平成・令和 年 月頃から)2 保健所 (平成・令和 年 月頃から)3 保健センター (平成・令和 年 月頃から)4 その他 (平成・令和 年 月頃から)		
上記のとおり診断します。			
令和 年 月 日			
医療機関名称 _____		診療担当科名 _____	
所 在 地 _____		電話番号 _____	
担当医師氏名 _____		印	

※ 証明日が空欄のもの、証明日から3か月以上経過しているもの、担当医師の署名及び印鑑が無い場合は、受け付けできません。

※ この書類は保護者の保育必要性の事由証明として提出していただくものであり、申請児童に求めるものではありません。