

診 断 書 (疾病・障がい用)

(保育を必要とすることを証明する書類)

保護者氏名 (患者本人)		子どもとの 続 柄	父 ・ 母
子ども氏名	生年月日	在籍施設又は入所申込施設の名称	
	平成・令和 年 月 日		
	平成・令和 年 月 日		
	平成・令和 年 月 日		

※身体障害者手帳1～3級、療育手帳A(重度)又は精神障害者保健福祉手帳1～2級である場合は、医師の診断書は不要です。
 ※医師の診断により保育可能とされた場合は、疾病・障がいによる保育の必要性は認められません。

医 師 記 入 欄

		令和 年 月 日	
(あて先) 松江市長			
次のとおり診断します。		所在地	
		医療機関名	
		医師名	印
患者氏名		生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
1. 病 名			
2. 現在の病状			
保育能力に支障がある場合は、どのような症状により支障があるのかを分かりやすく記載してください。			
3. 初 診 日	平成・令和 年 月 日	※本書作成の医療機関における上記病状に係る初診日をいう。	
4. 加療の状況 該当する項目に☑してください。	<input type="checkbox"/> 入院中	入院開始日	平成・令和 年 月 日
		退院予定月	令和 年 月 (見込)
	<input type="checkbox"/> 通院中	月 回	又は 週 回
	<input type="checkbox"/> 訪問診療	月 回	又は 週 回
5. 投薬の状況 該当する項目に☑してください。	<input type="checkbox"/> 投薬あり ➡投薬内容 [例：向精神薬]		
	<input type="checkbox"/> 投薬なし		
6. 治癒の見込 該当する項目に☑してください。	<input type="checkbox"/> 治癒可能 ➡療養期間 平成・令和 年 月 ～ 令和 年 月 (見込)		
	<input type="checkbox"/> 治癒困難 (症状固定)		
7. 保育能力の程度 該当する項目に☑してください。	<input type="checkbox"/> 療養の必要性は認めるが、概ね乳幼児の保育に支障はない。 ➡保育可能		
	<input type="checkbox"/> 乳幼児の保育に支障があり、他者の援助が必要である。 ➡やや保育困難		
	<input type="checkbox"/> 乳幼児の保育はほとんどできず、常に他者の援助が必要である。 ➡保育困難		

※必要事項が全て記載されていない診断書では審査ができないため受理できません。御注意ください。