

診断書《保護者・監護者用》

【ご記入される医師の方へ】

- ・この診断書は、保護者等が療養時間を確保するために必要な「家庭での育児負担を軽減すべき時間数」を把握するために使用するものです。記載された内容が、保育所等を利用できる要件の判断基準となるため、「1週間あたりの育児負担の軽減が必要な時間数」を下記にご記入ください。
- ・「育児負担の軽減が必要な時間数」が月64時間以上の場合は、保育所等を利用できる要件に該当します。(1ヶ月を4週間として計算。)
- (月に64時間以上120時間未満の場合は短時間保育(16時頃までの利用)、120時間以上の場合は標準時間保育(18時頃までの利用)の対象。)

1. 診断を受ける方	住 所	生 年 月 日	年 月 日
	氏 名	児 童 と の 続 柄	父 ・ 母 ・ 祖 父 ・ 祖 母 その他 ()
2. 主たる病名 (初診日)	① 傷病名	初診日 (S・H・R 年 月 日)	
	② 傷病名	初診日 (S・H・R 年 月 日)	
	③ 傷病名	初診日 (S・H・R 年 月 日)	
3. 療養期間 (該当する項目に☑チェックをつけ、記入してください) ※複数選択可	<input type="checkbox"/> (1) 入院期間	S・H・R 年 月 日 ~ R 年 月 日まで	・終了期間未定
	<input type="checkbox"/> (2) 通院期間	通院：月あたり()回 S・H・R 年 月 日 ~ R 年 月 日まで	・終了期間未定
	<input type="checkbox"/> (3) 医療不要		
	※ 上記(1)、(2)で「終了期間未定」を選択する場合、下記のいずれかを☑チェックしてください。		
<input type="checkbox"/> おおむね6か月以上の治療を要する <input type="checkbox"/> おおむね1年以上の長期的治療を要する <input type="checkbox"/> 常時安静が必要、または臥床状態である			
4. 日常生活	<input type="checkbox"/> 特に制限なし <input type="checkbox"/> 一部制限あり <input type="checkbox"/> 著しい制限あり		
5. 家庭での育児	<input type="checkbox"/> 特に制限なし		
	<input type="checkbox"/> 家庭保育における育児の負担軽減が必要(下記のいずれかを☑チェックしてください。)		
	1週間あたりに必要な育児軽減時間	<input type="checkbox"/> 週40時間以上の保育軽減を必要とする	
		<input type="checkbox"/> 週35時間以上40時間未満の保育軽減を必要とする	
		<input type="checkbox"/> 週25時間以上35時間未満の保育軽減を必要とする	
		<input type="checkbox"/> 週20時間以上25時間未満の保育軽減を必要とする	
<input type="checkbox"/> 週16時間以上20時間未満の保育軽減を必要とする			
6. 病状・所見	上記5. で「育児の負担軽減が必要」を選択した場合、その状況を具体的に記入してください。 _____ _____ _____		
上記のとおり診断する。		診断書作成年月日	令和 年 月 日
		医療機関名	
		所在地	
		電話番号	
		医師名	Ⓜ

○この証明書は、「保育所(園)利用申込み(継続申込み)」または「認定こども園(1号認定)預かり保育申込み」に必要な添付書類です。

保護者記入欄	児 童 氏 名	児 童 生 年 月 日	施 設 名
		H・R . .	(入所中・申込中)
		H・R . .	(入所中・申込中)
		H・R . .	(入所中・申込中)