

# 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<br>そ の 他 ( ) |
| 2. 主たる病名<br>(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. 療養期間等<br>( (1) (2)それぞれ該当する項目に☑チェックをつけ、記入してください )<br>※複数選択可 | <input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> 入院 ・ <input type="checkbox"/> 通院                                                                                                                                         |                                                   |                                |
|                                                               | <input type="checkbox"/> (2) 療養期間<br>※ 診断書作成年月日から起算して該当する療養期間を下記のいずれかに☑チェックしてください。<br><input type="checkbox"/> おおむね ( ) ヵ月) の治療を要する <input type="checkbox"/> おおむね1年以上の長期的療養を要する<br><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<br>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<br>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30時間以上35時間未満の保育軽減を必要とする |                                |
|                                                               |                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 週25時間以上30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) |

連絡先：うるま市役所 こども未来部 保育こども園課 TEL：098-973-5427