

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	☐ (1) 入 院 期 間 S ・ H ・ R 年 月 日 ～ R 年 月 日まで ・ 終了期間未定		
	☐ (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		
	☐ (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。 ☐ おおむね6カ月以上の治療を要する ☐ おおむね1年以上の長期的治療を要する ☐ 常時安静が必要、または臥床状態である		
4. 日常生活	☐ 特に制限なし ☐ 一部制限あり ☐ 著しい制限あり		
5. 家庭での 育児	☐ 特に制限なし		
	☐ 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	☐ 週40時間以上の保育軽減を必要とする	
		☐ 週35時間以上40時間未満の保育軽減を必要とする	
		☐ 週25時間以上35時間未満の保育軽減を必要とする	
		☐ 週20時間以上25時間未満の保育軽減を必要とする	
☐ 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			
印			

○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