

診 断 書 (すずのね児童クラブ用)

※保護者の疾病理由用

氏名		生年月日	年 月 日
住所			
(病名)		初診日(発病年月日) 年 月 日	
入院歴 無・有 ⇒ (年 月 日 予定・確定 から 年 月 日 予定・確定)			
手術歴 無・有 ⇒ (年 月 日 予定・確定 から 年 月 日 予定・確定)			
病状及び所見 (生活や運動の制限、児童を保育できない状況について具体的にご記入ください。)			
病状等から該当するものにチェックしてください。		日常保育について該当するものにチェックしてください。	
<input type="checkbox"/> 常時、安静が必要または臥床状態である		<input type="checkbox"/> 日常保育は不可能である	
<input type="checkbox"/> 概ね6ヶ月以上の長期的治療、通院を要する		<input type="checkbox"/> 日常保育の軽減が必要(週4~5日程度)	
<input type="checkbox"/> 概ね1~6ヶ月の治療、通院を要する		<input type="checkbox"/> 日常保育の軽減が必要(週1~3日程度)	
<input type="checkbox"/> 定期的通院を要しない		<input type="checkbox"/> 日常保育への支障は少ない	
※通院を要する ⇒ 年 月 日 から 年 月 日 まで (ヶ月 ・ 月 ・ 週) に (日) の通院を要する。			
※生活(仕事・家事・育児等)に制限がある、または介助を要する ※複数チェック可 歩行 ・ 入浴 ・ 排泄 ・ 食事 ・ 衣服の着脱 ・ 起き上がり ・ その他 ()			
上記のとおり診断いたします。			
令和 年 月 日			
所在地			
医療機関名			
医師名 印			
電話番号			

保護者 記入欄	児童氏名	生年月日	診断を受けた方と児童の続柄
			※ いずれかに○
			父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母
			その他 ()