

保護者記入欄	児童名	生年月日	H・R 年 月 日	保育施設名	クラス	歳児 (R3. 4. 1時点)
			H・R 年 月 日			歳児 (R3. 4. 1時点)
			H・R 年 月 日			歳児 (R3. 4. 1時点)

## 診 断 書

≪診断を受ける方≫ 住 所 : _____ 氏 名 : _____ 生 年 月 日 : 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 児童との続柄 : 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ( _____ )			
病名		初診(発病) 年 月 日	年 月 日
<b>保護者の診断書の場合はA《保護者用》をチェックして症状及び所見を記入して下さい          看護・介護を受ける方の診断書の場合はB《看護・介護用》をチェックして下さい</b>			
A《保護者用》症状等から該当する箇所(左右欄)にチェックをして下さい			
<input type="checkbox"/> 軽症であるが、定期的通院を要する <input type="checkbox"/> おおむね3～6ヶ月の治療を要する <input type="checkbox"/> おおむね6ヶ月以上の長期的治療を要する <input type="checkbox"/> 常時、安静が必要、また臥床状態である		<input type="checkbox"/> 保育に一部支障がある <input type="checkbox"/> 保育が困難な為、短時間(8時間)保育の利用が必要 <input type="checkbox"/> 保育が困難な為、標準時間(11時間)保育の利用が必要 <input type="checkbox"/> 保育は不可能である	
症状及び所見(児童の保育が出来ない状況を具体的にご記入下さい)			
B《看護・介護用》症状等から該当する箇所にチェックをして下さい			
<input type="checkbox"/> 基本的に日常生活は営める(介助不要)。 <input type="checkbox"/> 基本的に日常生活は営めるが、入浴等に一部介助が必要。 <input type="checkbox"/> 立ち上がりは歩行が安定しない。排泄、入浴などに一部介助が必要。 <input type="checkbox"/> 起き上がり、寝返りが自分では難しい。排泄、入浴などに一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 起き上がり、寝返りが自分ではできず、排泄、入浴、衣服の着脱などに介助が必要 <input type="checkbox"/> 入浴・排泄・衣服の着脱など多くの日常の行為に全面的な介助が必要 <input type="checkbox"/> 生活全般において、全面的な介助が必要			
通院及び 自宅療養	年 月 日から 年 月 日まで 週 回 又は 月 回	入院	年 月 日から 年 月 日まで
診断書作成年月日 年 月 日 医療機関名 _____ 住 所 _____ 医 師 名 _____			



※この診断書は、保育所入所申込の添付資料として使用します。

問い合わせ先：中城村役場 こども課 保育・こども園係 098-895-2134

保護者記入欄	児童名	生年月日	H・R 年 月 日	保育施設名	クラス	歳児 (R3. 4. 1時点)
			H・R 年 月 日			歳児 (R3. 4. 1時点)
			H・R 年 月 日			歳児 (R3. 4. 1時点)

### 看（介）護申立書 ※保護者記入※

看(介)護をする人	氏名		電話	
	住所	中城村字		
	児童との続柄			
	看護を要する人との続柄			

看(介)護を要する人	氏名		生年月日	
	住所	中城村字		
看(介)護をしている場所				
別居の場合の理由				
看（介）護の理由				
看（介）護の状況				

中城村長 殿

別紙診断書により診断を受けた者について看(介)護していることを上記のとおり申し立てます。

令和 年 月 日

住所

氏名

印

※この申立書は、保育所入所申し込みに必要な添付資料であり、その他の目的に使用することはありません。  
書類提出後、電話・訪問などによる確認を行うことがありますので、ご協力ください。  
※申立書の記載内容に事実と異なることが判明した場合には、**入所の取り消しまたは退所**とします。