

診 断 書

(保育所等の利用申込用)

様式 B

患者	名前		生年月日	年 月 日
	住所			
傷病名				
医師の意見・ 現在の病状等		※該当する項目にチェックを入れてください		
		☐ 当該患者は、上記内容から児童の保育ができないと認める。(疾病・障がい) ☐ 当該患者は、上記内容から親族による介護・看護が常時必要と認める。(介護・看護)		
治療見込期間		※該当する項目にチェックを入れ、「あり」の場合、期限を記入してください ☐ あり 年 月 日 ～ 年 月 日ごろまで ☐ 無期限		
入院見込期間		※入院される場合、その見込期間を記入してください 年 月 日 ～ 年 月 日ごろまで		
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 所 在 地 医 師 名 印				

- ・この書類は、保育所等の利用申込等にあたり、保護者の保育を必要とする事由を確認するためのものです。
- ・チェックボックスがある欄にチェックを入れ、必要事項の記入をお願いいたします。
- ・訂正の際は二重線を引き訂正印を押印してください。
- ・本診断書の内容について、吹田市保育幼稚園室より直接照会させていただくことがあります。
- ・記入にあたり、ご不明な点等がありましたら、下記問合せ先までご連絡ください。

《問合せ先》

〒564-8550
吹田市泉町1丁目3番40号
吹田市児童部保育幼稚園室 入園グループ
直通電話 06-6384-1592