薩摩川内市長　様

診　断　書

証明日　　令和　　年　　月　　日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名　　印

下記のとおり診断する。

氏　名		生年月日	大正・昭和 平成・令和　　年　　月　　日
診断日	令和　　年　　月　　日		
傷病名			
上記傷病の 該当項目	①常時病臥　感染症 難病	②安静を要する疾病 または精神性疾病	③通院加療
症 状 等			
今後の治癒 見込み期間	入院　平成・令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日		
	通院　平成・令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日・終期未定		

児童の保護者本人が治療を要する、または障害を有する（受診者）場合、必ずご記入ください。

上記傷病による 児童保育の可否	1　保育に支障なし　　2　保育困難　　3　保育不可

児童の保護者が、治療を要するまたは障害を有する親族（受診者）の介護または看護をする場合、必ずご記入ください。

上記傷病による家族の看護・介護の必要性	1　必要とする　　2　必要としない

（保護者記入欄）

令和　　年　　月　　日

受診者の住所			
申請児童から見た続柄	父　母　祖父　祖母　その他（　　）		
フリガナ		第1希望施設名 及び 在籍状況	申請中 在園中
申請児童名①	令和　年　月　日生		
フリガナ		第1希望施設名 及び 在籍状況	申請中 在園中
申請児童名②	令和　年　月　日生		
フリガナ		第1希望施設名 及び 在籍状況	申請中 在園中
申請児童名③	令和　年　月　日生		

（問合せ先）薩摩川内市子育て支援課保育グループ
TEL　0996－23－5111（内線2362、2363）