

※町記入欄										※続柄		
保護者記入欄		これは、 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( )の証明です。										
*過去一年間に別の仕事をしていましたか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→前職場の退職日(令和・平成 年 月 日)												
児童施設及び氏名	氏名	入所施設( )在園・申込中				氏名	入所施設( )在園・申込中				(R・H 年 月 日生)	
	氏名	入所施設( )在園・申込中				氏名	入所施設( )在園・申込中				(R・H 年 月 日生)	

《保護者の方へ》「通院及び今後の療養期間」を保育を必要とする期間とみなします。症状が軽減されましたら、こども課までご連絡下さい。

### 診断書



南風原町長 殿

(保育所入所申請書用)  
保護者及び同居者用  
介護(看護)用

<診断を受ける方> ※本人記入欄

氏名	[ 児童との続柄 ]				証明内容	<input type="checkbox"/> 病気
生年月日	平成・昭和	年	月	日生		<input type="checkbox"/> 障がい
住所	南風原町字					<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ..... 種 ..... 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保険福祉手帳 ..... 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・B1・B2) ※必ず手帳のコピーを提出してください
病状	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 ( 通院・往診・病弱 ) ←該当に○をしてください <input type="checkbox"/> 児童の保育 <input type="checkbox"/> 不可能である <input type="checkbox"/> 大変困難である <input type="checkbox"/> 支障がある <input type="checkbox"/> 可能である 上記の理由 (具体的に)					

<医療機関記入欄> ※病気の場合のみ必須

病名	症状	
初診年月日 (発病年月日)	令和・平成 昭和	年 月 日
入院期間	通院及び今後の療養期間	
令和・平成 年 月 日から	令和・平成 年 月 日から	令和・平成 年 月 日まで
令和・平成 年 月 日まで	(通院 週 回 または 月 回)	
※見込みで構いませんので、療養期間については必ず記入して下さい。		
症状等から該当するものにチェックして下さい。		日常生活及び子どもの世話へ該当するものにチェックを入れて下さい。
<input type="checkbox"/> 軽傷であるが、定期的通院を要する <input type="checkbox"/> 概ね3~6ヶ月の治療を要する <input type="checkbox"/> 概ね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、又は臥床状態である		<input type="checkbox"/> 保育への支障は少ない <input type="checkbox"/> 週2~3日程度の保育の軽減が必要 <input type="checkbox"/> 週4~5日程度の保育の軽減が必要 <input type="checkbox"/> 保育は不可能である
看護・介護が必要な方は該当するものにチェックして下さい。		
<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"/> 立ち上がりや歩行が安定しない。排泄・入浴などに一部又は全部の介助が必要 <input type="checkbox"/> 起き上がり、寝返りが自分で難しい。排泄・入浴などに一部又は全部の介助が必要 <input type="checkbox"/> 起き上がり、寝返りが自分でできず、排泄・入浴・衣服の着脱等に介助が必要 <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		
所見	<病気により児童の保育が困難な点を記入ください>	

南風原町長 殿

記入年月日 令和 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

医療機関所在地

名称  
医師

【問い合わせ先】

南風原町 こども課 電話:098-889-7028