

診断事由申出書

令和 年 月 日

八街市長 北村 新司 様

住 所 _____
保護者氏名 _____
園 名 _____
児 童 氏 名 _____

保育所等入所申込みに伴い、下記のとおり申出いたします。

保護者記入欄

| | | |
|--------------------|--|---------------------|
| 受診者名 | 児童からみた 受診者の続柄 | 父・母・祖父・祖母 その他() |
| 申出区分 (該当する番号に○) | 1. 上記受診者が病気、負傷又は心身に障がい有しており、児童の保育に当たれない状態であることを診断書又は診断書に準じる書類を添えて申出いたします。 2. 上記受診者に病気、負傷又は心身に障がいがあり、保護者又は祖父母が長期にわたり介護・看護に当たっている状態であることを診断書又は診断書に準じる書類を添えて申出いたします。 | |

医療機関記入欄

診 断 書 (年 月 日記入)

| | | |
|----------------|--|--|
| 受診者名 | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| 病 名 | | |
| 病 状 | | |
| 期 間 | 診療開始日 | 年 月 日 |
| | 今後の診療 (見込)期間 | <input type="checkbox"/> 3か月程度 <input type="checkbox"/> 6か月程度 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 治癒・寛解見込なし <input type="checkbox"/> それ以外 (年 月 日まで) |
| | 入 院 (該当の場合のみ記入) | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 児童の保育が可能か否かの状況 | 保護者記入欄における申出区分が1の場合 ・保育に支障なし ・保育は困難 ・保育は不可能 | |
| 介護人等を要するか否かの状況 | 保護者記入欄における申出区分が2の場合 ・常時要する ・一部要する(歩行・食事・入浴・排泄) ・介護人等は不要 | |
| 特 記 事 項 | | |

上記のとおり診断します。

医療機関名
住 所
T E L
担当医師名

受診者記入欄

| | |
|------------------|-----------------|
| 日常生活での 不自由な状況 | (具体的に記入してください。) |
|------------------|-----------------|

※ 以下は、保護者記入欄における申出区分が2の場合のみ記入してください。

| | | | |
|---|---|---------------------------|---------------------|
| 看護(介護)者 氏名 | (看護・介護にあっている方) | 児童から見た 看護(介護)者 の続柄 | 父・母・祖父・祖母 その他() |
| 介護・看護等 の状況 | ① 介助の状況について、該当する項目に○をしてください。 | | |
| | 歩 行 | 介助不要 ・ 一部介助 ・ 全介助 | |
| | 食 事 | 介助不要 ・ 一部介助 ・ 全介助 | |
| | 入 浴 | 介助不要 ・ 一部介助 ・ 全介助 | |
| | 排 泄 | 介助不要 ・ 一部介助 ・ 全介助 | |
| | ② 通院(往診)の状況について、該当する項目に○をしてください。 本人1人で通院している ・ 介護(看護)者が付き添い通院している 往診してもらっている(毎月 回) ・ その他() | | |
| ③ 看護・介護等の時間及び日数 | | | |
| 1日あたりの平均 介護(看護)時間 | 時間 | 1か月あたりの 平均 介護(看護)日数 | 日 |
| <small>* 通院・通所に付き添う時間・日数含む</small> | | | |
| ④ 医療・介護制度等の利用時間及び日数 | | | |
| 訪問(介護・看護) の利用 | 1日 1週 | 時間 日 | デイケア等 の利用 |
| | | 1日 1週 | 時間 日 |
| ⑤ 特別な医療・看護・介護等の有無について、該当する項目に○をして ください。また、該当がある場合は、具体的な内容をご記入ください。 | | | |
| 特別な医療・看護・介護等有る | | 特別な医療・看護・介護等はない | |
| (具体的な内容を記入してください。) | | | |

[注 意]

- ・消せるボールペン等、消せるものでの記入は無効となります。
- ・市職員が内容を調査させていただく場合がありますので、ご了承ください。
- ・本書は、保育所等入所申込用の添付書類です。

| | |
|----------------------------|--|
| 問 い 合 わ せ 先 | 〒289-1192 千葉県八街市八街ほ35番地29 八街市 健康子ども部 子育て支援課 保育係 TEL 043-443-1693 (直通) FAX 043-443-1742 |
|----------------------------|--|

子育て支援課記入欄

| | | | |
|-----------------------|---|------------|---|
| 看護・介護を 必要とする 理由 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉保健手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険手帳 <input type="checkbox"/> その他の疾病 | 種 号級 度 級 級 | (手帳写しを添付) (手帳写しを添付) (手帳写しを添付) (手帳写しを添付) (診断書記入) |
| 記 録 欄 | (年 月 日 / 記録:) | | |