診 断 事 由 申 出 書

令和　　年　　月　　日

八街市長　様

住　　所　八街市八街ほ○○－○○
保護者氏名　○○　○○
園　　名　○○保育園
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。

該当するところに○をしてください。

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を有しており、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	医師等に病状をできるだけ詳しく記入していただいてください。		
期　　間 該当するところにチェックしてもらいます。	診療開始日	年　　月　　日	
	今後の診療（見込）期間	□3か月程度　□6か月程度　□1年以上　□治癒・寛解見込なし □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。） **必ず、具体的にどういう状態なので、日常生活・保育するにあたって不自由なのかを記入していただいてください。**

※ 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・介護にあたっている方）	児童からみた看護（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

＊ 通院・通所に付き添う時間・日数含む

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　時間 １週　日	デイケア等の利用	１日　時間 １週　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・介護等が有る	特別な医療・看護・介護等は無い

（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 健康福祉部 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	□ 身体障害者手帳	種	号級	（手帳写しを添付）
	□ 療育手帳		度	（手帳写しを添付）
	□ 精神障害者福祉保健手帳		級	（手帳写しを添付）
	□ 介護保険手帳	要介護　級・要支援　級		（手帳写しを添付）
	□ その他の疾病			（診断書記入）
記録欄	（　　年　　月　　日／記録：　　）			