

③ 保育所等を疾病などの事由で申し込みされる方用	保育所等を必要とする	平成
	子ども氏名	年 月 日生

保護者の方は、太枠内のみご記入ください。その他に記入があった場合、保育の必要性の判断ができません。

診 断 書

(宛先) 民間学童保育室LEGATO 代表

氏 名		生年月日	昭・平	年 月 日生(歳)
傷 病 名		初 診 日	昭・平・令	年 月 日頃
治 療 期 間 (見 込)	(年 月頃まで か月程度)	・ 不明	外 来 通 院 回 数	1週間に 回 ・ 1か月に 回
入 院 期 間 (予 定)	過去 現在	年 月 日 ~	年 月 日	(か月)

総合所見

.....

.....

.....

育児の程度・生活能力の程度のそれぞれに該当する数字に○を付けてください。

育 児 の 程 度	身体的疾病	心的疾病
1. 自身の起居にも困難があり育児不可な状態	1. 自身の起居にも困難があり育児不可な状態	1. 子に危害がおよぶ恐れがあり早急に引き離すことが望ましい
2. 自身の身の回りのことはできるが、育児不可な状態	2. 自身の身の回りのことはできるが、育児不可な状態	2. 子に危害がおよぶ恐れがあり子と離れることが望ましい
3. 療養のため週 5 日以上育児を休むことが望ましい	3. 療養のため週 5 日以上育児を休むことが望ましい	3. 療養のため週 5 日以上育児を休むことが望ましい
4. 療養のため週 3 日以上育児を休むことが望ましい	4. 療養のため週 3 日以上育児を休むことが望ましい	4. 療養のため週 3 日以上育児を休むことが望ましい
5. 療養のため週 1 日以上育児を休むことが望ましい	5. 療養のため週 1 日以上育児を休むことが望ましい	5. 療養のため週 1 日以上育児を休むことが望ましい
6. 育児等は可能である	6. 育児等は可能である	6. 育児等は可能である

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医 療 機 関 所 在 地 _____

名 称 _____

電 話 番 号 _____

診 療 科 名 _____

医 師 氏 名 _____ 印

介護・看護などの事由で保育所等をお申込みになる方で、介護認定や身体障害者手帳等を受けている場合は、それぞれを確認できる書類を添付してください。また、介護スケジュール等の日程がわかるものを添付してください。

④ 保育所等を介(看)護の事由で申し込みされる方用

保育所等を必要とする子ども氏名		平成	年	月	日生
診断を受けた方と子どもとの続柄		同居の有・無			同居・別居

保護者の方は、太枠内のみご記入ください。その他に記入があった場合、保育の必要性の判断ができないことがあります。

診 断 書

(宛先) 民間学童保育室LEGATO 代表

氏 名		生年月日	昭・平	年	月	日生(歳)
傷 病 名		初 診 日	昭・平・令	年	月	日頃
治 療 期 間 (見 込)	年 月頃まで (か月程度)	・ 不明	外 来 通院回数	1週間に	回 ・ か月に	回
入 院 期 間 (予 定)	過去 現在	年 月 日	～	年 月 日	(か月)	

総合所見

.....

.....

.....

.....

生活能力の程度で該当する数字に○を付けてください。

生 活 能 力 の 程 度	1. 身の回りのことはほとんどできない状態 2. 日常生活に著しい制限を受け、常時介護が必要な状態 3. 日常生活に著しい制限を受け、時に介助が必要な状態 4. 日常生活または社会生活に一定の制限を受け、時に看護が必要な状態 5. 日常生活及び社会生活には支障がない
---------------------------------	---

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医 療 機 関	所 在 地	_____
	名 称	_____
	電 話 番 号	_____
	診 療 科 名	_____
	医 師 氏 名	_____ 印