

診 断 書（保育施設入所申込用）

佐伯市長

様

保 記 護 入 者 欄	保育所名：
	児 童 名：

患 者 氏 名 _____

病 名 _____

医 師 所 見 _____

① 上記の病状・治療のため、患者は日中、児童の

- a 保育は全くできない (8時間以上の預かりが必要) b 保育に支障をきたす (8時間未満の預かりが必要) c 保育には支障がない

※ 該当する項目に○をしてください。また、保育所等の1日の保育時間（標準時間：11時間以内、短時間：8時間以内）を判断するため、保育に支障をきたす場合が a、b に分かれています。

② 保育できない期間：令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日（見込）

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

所 在 地 _____

医療機関名 _____

医 師 名 _____ (印)

※診断書（保育施設入所申込用）について

- ・この診断書は、患者（保護者）の子どもが保育施設の利用を必要とするかを確認するためのものです。
- ・上記、診断書の内容が記載されていれば、別様式でも構いません。
- ・「②保育できない期間」で保育所等の入所期間を決定します。ただし、「②保育できない期間」が1年以上の場合は1年間を入所期間とし、再度、現況確認のため患者（保護者）に診断書の提出を依頼します。
- ・診断書にかかる費用は、患者（保護者）の自己負担となります。