

向日市留守家庭児童会入会申請用  
診 断 書

患者	住所			
	氏名	( 男 ・ 女 )		
	生年月日	年	月	日 ( 歳 )
	病名			
医師所見				

【保護者の疾病】病状・治療上から見て、患者は日中、児童の保育ができますか？	保育できる ・ 保育できない
【介護・看護】病状・治療上から見て、患者は日中、介護・看護を必要としますか？	必要とする ・ 必要としない

通院・往診の場合	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	回数	週・月 ( ) 回程度の通院・往診を要す
入院の場合	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日

上記の通り診断します。

令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

担当医師名

印

保護者記入欄

向日市教育委員会 宛て

保護者氏名: \_\_\_\_\_

- (注1) この診断書は、3か月以内に発行されたものに限ります。太枠内は、医療機関にてご記入をお願いします。  
(注2) 診断書が医療機関の任意様式による場合は、「保育ができない」等の文言及び期間の記入をお願いします。  
(注3) 保護者の疾病や、家族(兄弟姉妹・祖父母等)の介護・看護を理由として留守家庭児童会を申請される方のみ、ご提出ください。

入会申請児童本人の診断書ではありません。