

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                         | ( 保育できない期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 ) |
| 【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？ |                             |
| 必要としない ・ 必要とする                         | ( 必要とする期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 )  |

|          |      |                        |
|----------|------|------------------------|
| 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、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。