

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、児童の育成ができますか？	
育成できる ・ 育成できない	(育成できない期間： 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です。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、「育成ができない」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。