

氏名(看護・介護をする人)		児童から見た続柄		児童名	
---------------	--	----------	--	-----	--

園名 () 決定番号()

診 断 書 (※看護・介護用)					
病人等	住 所				
	氏 名		生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (満 歳)		
傷 病 名					
診療の始期	平・令 年 月 日	診療見込期間	令和 年 月 日まで (ヶ月)		
特 記 事 項	看護・介護の必要性	・必要なし			
		・必要である(保護者等が病人の看護・介護のために児童の保育ができない) ～必要な看護・介護の内容～			
	その他				
上 記 の と お り 診 断 す る 。 令和 年 月 日 医 療 機 関 所 在 地 医 療 機 関 ・ 医 師 名					

医 療 機 関 様

日向市福祉事務所所長

この診断書は、児童が保育所や認定こども園を利用する際、「保護者等が病人の看護・介護に従事しているため児童の保育ができない」状況を確認するために必要なものです。
保護者より診断書発行の依頼がありました際は、よろしく協力のほどお願い申し上げます。

お問い合わせ先 日向市こども課 保育係 Tel 0982-52-2111 (内線2179)