|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望（在園）する施設名 | 年齢 | 児童名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（京田辺市）

様式502-1001-4

**診　断　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 病名 |  |
| 治療見込期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 入院（予定含む） | □ 有　（入院期間：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）  □ 無 |
| 外来通院回数 | □１週間 ・ □１か月　に　　　　　　　回程度 |
| 現在の状況 | □入院中（入院予定）である  □通院加療を行い、自宅で安静を要する状態である  □上記以外で、家庭で保育することが困難である |
| 特記事項 |  |
| 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  （電話番号） | |

《医療機関の方へ》

　　・この診断書は、保育所等の利用や幼児教育･保育無償化の認定申請にあたり、保護者が児童を保育できない理由・状況を確認するために使用するものであり、京田辺市輝くこども未来室においてのみ使用します。

　　・証明事項の修正は、必ず訂正印を押印してください。

　　・診断書は無料ではありません。各医療機関の定める診断書作成料を、保護者から徴収してください。