

疾病、障がい、介護、看護申告に係る診断書

<申請者記入欄>

| | | | | | |
|------------|--|------|---|---|----|
| (宛先) 小金井市長 | | 記入日 | 年 | 月 | 日 |
| 申請児童名 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日生 |
| 申請児童名 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日生 |
| 申請児童名 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日生 |

本証明書に関連し、虚偽の申告が発覚した場合は、入園申請及び入園を無効（退園）とします。

上記に同意の上、申請します。

申請者（保護者）名 _____

<医療機関記入欄>

(宛先) 小金井市長 発行日 年 月 日

医療機関名

医師名

所在地

電話番号

記入担当者名

下記のとおり、診断します。

| | |
|--------|--|
| 氏名 | |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| 診断名 | |
| 治療予定期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 症状 | <p>医学的見地から、疾病又は障がいの症状により以下の状態にあたる。</p> <p><input type="checkbox"/> 常時病臥等、日中保育にあたることが著しく困難である。</p> <p><input type="checkbox"/> 日中保育にあたることが部分的に困難である。</p> <p><input type="checkbox"/> 上記以外で、居宅内療養を常態</p> |