**放課後児童クラブ（学童保育所）入所用**

**診 断 書**

保育所名：

児童名：

生年月日：

(保護者疾病・障がい用)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 患者 | 住所 |  | | 氏名 | （　男　・　女　） | | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　　（　　　　歳） | | 病名 |  | | 医師所見 | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 入院の場合 | 入院期間 | 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 | 月（　　）回程度の通院・往診を要する。 | | | 病状・療養上から見て、患者は日中保育ができますか。  **※どちらかに○をつけてください。** | | | 保育できる・保育できない | | 病状・療養上から見て、患者は日中、家族等  (医療機関等以外)の看護や介護が必要ですか。  **※どちらかに○をつけてください。** | | | 必要とする・必要としない | | 患者が保育可能な  開始時期(予定) | 年　　　月　　　日頃から | | |   上記のとおり診断します。  　　年　　月　　日  医療機関住所  医療機関名  担当医師名　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

（保護者記入欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童名 | 生年月日　　年　　月　　日 | クラブ名 | □利用中　□申込中 |
| 児童名 | 生年月日　　年　　月　　日 | クラブ名 | □利用中　□申込中 |
| 児童名 | 生年月日　　年　　月　　日 | クラブ名 | □利用中　□申込中 |