

様式第2

診断書

豊橋市長 様

令和 年 月 日	所在地
*上記年月日より3か月間は、 添付書類として有効です	医療機関名
	電話番号
	担当医師 ⑩

下記のとおり診断します。

※担当医師の印、日付の記入がないものは無効となります。

※以下の太線内は担当医師が記入してください。

氏名		(昭和・平成・令和) 年 月 日生
傷病・疾患名		
病状		
治療期間 (該当するものに☑)	通院	通院期間 平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日頃まで ※通院終了時期が未定の場合、見込み時期を記入するか、空欄としてください。
		通院の頻度 □月 □週 回
	入院	<input type="checkbox"/> 入院予定 入院開始予定日 令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 入院中 入院期間 平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日頃まで (退院後 <input type="checkbox"/> 通院予定あり <input type="checkbox"/> 通院予定なし <input type="checkbox"/> 未定)
総合所見 日常生活能力の程度 (最も近いものに☑)		<input type="checkbox"/> A. 常時、臥床、また安静を保つ必要がある。 <input type="checkbox"/> B. 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。 <input type="checkbox"/> C. 入院加療中であるが、同居親族の付き添いを常時要する。 <input type="checkbox"/> D. 自宅療養中であるが、常時介護が必要である。 <input type="checkbox"/> E. 基本的に日常生活はできるが、家庭で児童を保育することは困難である。 <input type="checkbox"/> F. 上記に該当せず、日常生活にも支障がない。

※総合所見がEまたはFの場合、保育施設等の入所に必要な「同居親族等の介護・看護」の認定はできません。

Fの場合、保育施設等の入所に必要な「疾病・障がい」の認定はできません。

《保護者記入欄》

どちらかを○で 囲んでください。	申請者(代表保護者)氏名	児童名	児童生年月日
			・
申込中・在園中	第一希望(在園)施設名	(診断を受けた方と)児童との続柄	

【問い合わせ先】豊橋市役所 保育課

☎0532-51-2322