診　断　書

児　童　氏　名	利　用　施　設(新規入園申請の場合記入不要)
(　　年　　月　　日生)	(　　園･所)

【注意点】
●記載内容について入園中の保育施設に情報提供する場合があります。
●保育施設での保育が必要な理由と期間について必ず具体的に医師から証明を受けてください。※病名のみの場合、受理できません。
●証明期間により、診断書の再提出が必要となります。

【医療機関のかたへ】
●鉛筆、消えるボールペン（フリクションボールペン等）等で記入されたものは無効となります。
●太枠の部分のみ医師が記入してください。
●必要事項の記入漏れのないようにご注意ください。証明印、証明年月日の無い場合は、受理できません。
●修正のある場合は、証明印と同一の訂正印を押印してください。修正液、修正テープ等で修正された証明書は無効となります。
●証明いただいた内容について医療機関に電話または訪問により確認させていただく場合があります。

1　疾病･出産の場合

疾病（出産）者氏名		児童との続柄	父 ・ 母 ・ その他(　　)
傷病等の名称 ※出産の場合は記入不要			
期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日		

保育が困難な理由（医師の意見）

※下記①～⑤の**いずれか１つ**にチェック・記入ください。状態が変わる場合はその都度新たな証明書を作成してください。

出産	① □出産（　　年　　月　　日出産予定）	
傷病	② □入院（期間：　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで）	
	③ □常時臥床･絶対安静（安全、危険を配慮するもの）	
	④ □安静（子どもの保育ができない）	子どもの送迎：□可能
	⑤ □療養（子どもの保育に支障がある）	□困難（　　）が送迎

【備考欄】現在の症状や状況などを詳細にご記入ください。

上記のとおり証明します。
記入日：　　年　　月　　日　医療機関名
所　在　地
電 話 番 号
医師の氏名　　印

2　介護(看護)の場合

介護（看護）をする者（保護者）の氏名		児童との続柄	父 ・ 母 ・ その他(　　)
受診者の児童との続柄（介護を受ける者）	父 ・ 母 ・ 祖父・祖母 その他(　　)	要介護度	
受診者（介護を受ける者）			
傷病等の名称			
期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日		

介護が必要な理由（医師の意見）

※下記①または②にチェック・記入ください。状態が変わる場合はその都度新たな証明書を作成してください。

① □重度で常時介護が必要（日常生活での動作及び行動が著しく困難な状態。）
② □重度ではないが介護が必要⇒介護の内容：□食事 □排泄 □着替え □その他

【備考欄】上記②の介護内容が「その他」にあてはまる場合は詳細を記入ください。

上記のとおり証明します。
記入日：　　年　　月　　日　医療機関名
所　在　地
電 話 番 号
医師の氏名　　印

［記入に関する問合せ先］箕面市教育委員会事務局　子ども未来部 保育幼稚園利用課(子ども総合窓口)
Tel:072-724-6791 fax:072-721-9907