

介護・看護などの事由で保育所等をお申込みになる方で、介護認定や身体障害者手帳等を受けている場合は、それぞれを確認できる書類を添付してください。また、介護スケジュール等の日程がわかるものを添付してください。

④ 保育所等を介(看)護の事由で申し込みされる方用	保育所等を必要とする子ども氏名		平成 年 月 日生
	診断を受けた方と子どもとの続柄	同居の有・無	同居 ・ 別居

保護者の方は、太枠内のみご記入ください。その他に記入があった場合、保育の必要性の判断ができないことがあります

## 診 断 書

(あて先) 入間市長  
入間市福祉事務所長

氏 名		生年月日	昭・平 年 月 日生 ( 歳)
傷 病 名		初 診 日	昭・平・令 年 月 日頃
治 療 期 間 ( 見 込 )	年 月頃まで ( か月程度) ・ 不明	外 来 通 院 回 数	1 週間に 回 ・ 1 か月に 回
入 院 期 間 ( 予 定 )	過去 現在	年 月 日 ~	年 月 日 ( か月)

総合所見

.....

.....

.....

.....

生活能力の程度で該当する数字に○を付けてください。

生活能力の程度	1. 身の回りのことはほとんどできない状態 2. 日常生活に著しい制限を受け、常時介護が必要な状態 3. 日常生活に著しい制限を受け、時に介助が必要な状態 4. 日常生活または社会生活に一定の制限を受け、時に看護が必要な状態 5. 日常生活及び社会生活には支障がない
---------	---

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医 療 機 関	所 在 地	_____
	名 称	_____
	電 話 番 号	_____
	診 療 科 名	_____
	医 師 氏 名	_____