

③ 疾病・障害などの事由
で申し込みされる方用

保育を必要とする
子どもの氏名

年 月 日生

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。
この書類に記入する年月日はすべて和暦でご記入下さい。

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	年 月 日生 (歳)	
傷 病 名			初 診 日	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 年 月 日 ~ 年 月 日 (か月) 現在				

総合所見

.....

.....

.....

.....

育児の程度・生活能力の程度のそれぞれに該当する数字に○を付けてください。

育 児 の 程 度	身体的疾病	心的疾病
	1. 自身の起居にも困難があり育児不可な状態	1. 子に危害がおよぶ恐れがあり早急に引き離すことが望ましい
2. 自身の身の回りのことはできるが、育児不可な状態	2. 子に危害がおよぶ恐れがあり子と離れることが望ましい	
3. 療養のため週5日以上育児を休むことが望ましい	3. 療養のため週5日以上育児を休むことが望ましい	
4. 療養のため週3日以上育児を休むことが望ましい	4. 療養のため週3日以上育児を休むことが望ましい	
5. 療養のため週1日以上育児を休むことが望ましい	5. 療養のため週1日以上育児を休むことが望ましい	
6. 育児等は可能である	6. 育児等は可能である	
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。

年 月 日

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

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 介（看）護の事由で
申し込みされる方用**

保育を必要とする 子ども氏名		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。
この書類に記入する年月日はすべて和暦でご記入下さい。

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	年 月 日生 (歳)
傷 病 名			初 診 日	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。

年 月 日

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