

(診断)意見書

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 病名・症状等
2. 保育に欠ける状況、期間等に対する所見

治療期間

入院： _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日
通院： _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日・未定・不定期

3. 育児について(該当する内容を✓してください)
家庭での育児は非常に困難であり、常時(週5日以上)援助を必要とする
家庭での育児は困難であり、頻繁(週3日程度)に援助を必要とする
家庭での育児に支障なし

上記のとおり(診断)意見します

_____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

医療機関名 _____

医師名 _____

電話番号 _____

●保護者記入欄

児童氏名	生年月日	年 月 日	入所施設名
児童氏名	生年月日	年 月 日	入所施設名
児童氏名	生年月日	年 月 日	入所施設名

入所施設名は、在園中の方のみ記入してください

【記入される医師の方へ】

- ※この様式は、恵庭市が「貴院を受診している方(児童の保護者)が、日中の保育が可能であるか・否であるか」の確認をするための書類です。診断内容について、下記担当より内容確認のご連絡をさせていただく場合がございますが、何卒ご協力を賜りますようお願い申し上げます。
- ※この様式の使用が困難な場合は、貴院で使用しているもの等任意の様式で構いませんが、内容についてはこの様式と同様に、「病名(症状)等、保育に欠ける状況、期間等に対する所見、今後の治療期間等」についてご記入をお願いいたします。
- ※記入に当たってご不明な点がございましたら、下記担当までお問い合わせください。
恵庭市子ども未来部幼児保育課 認定・入所担当 0123-33-3131 (内 1233・1235)