

診 断 書

雲南市長 様

患 者 氏 名	
患 者 住 所	
患 者 生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
疾 病 名	
付 (症 状 等) 記	
上記疾病にかかる処置・ 治療の状況 (※該当するものに○を付け てください。以下同じです。)	1. 入院 期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	2. 自宅療養 a. 常時臥床が必要 b. 常時の臥床は必要ないが安静を要する
	3. 要通院 通院回数 週 () 日程度 最終通院予定日 平成 年 月 日
当該患者が同居児童を保育することについて	1. 支障なし 2. やや困難 3. 困難 4. 不能
当該患者にかかる家族の介護の要否	1. 要しない 2. 要する 要する場合の程度 (a. 全介護 b. 一部介護)

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

所 在 地 :

医 療 機 関 名 :

担 当 医 師 名 :

(※署名または押印願います。)

※この申立書は、保育の支給認定および保育所等への入所(継続入所)の要否判定に使用するものです。それ以外の目的に使用することはありません。

お問合せ先:雲南市役所子ども政策課(Tel0854-40-1044)

【入所・申込状況】※保護者記入欄

児 童 名	生 年 月 日	保 育 所 名
	平成 年 月 日	(入所中・内定・申込中)
	平成 年 月 日	(入所中・内定・申込中)
	平成 年 月 日	(入所中・内定・申込中)

診 断 書

雲南市長 様

患者氏名	雲南 梅子
患者住所	雲南市木次町里方521-1
患者生年月日	明治 大正 昭和 平成 33年 11 月 ● 日
疾病名	リウマチ
付記 (症状等)	関節だけでなく、微熱や倦怠感など全身症状あり。関節に負担をかけないように、できるだけ安静が必要。
上記疾病にかかる処置・ 治療の状況 (※該当するものに○を付けて ください。以下同じです。)	1. 入院 期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	② 自宅療養 a. 常時臥床が必要 ④ 常時の臥床は必要ないが安静を要する
	3. 要通院 通院回数 週 (1) 日程度 最終通院予定日 平成 年 月 日
当該患者が同居児童を保育することについて	1. 支障なし 2. やや困難 3. 困難 ④ 不能
当該患者にかかる家族の介護の要否	① 要しない 2. 要する 要する場合の程度 (a. 全介護 b. 一部介護)

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 27 年 12 月 12 日

所在地 : 雲南市大東町飯田96-1

医療機関名 : 雲南市立病院 整形外科

担当医師名 : ◆◆ ◆◆

(※署名または押印願います。)

※この申立書は、保育の支給認定および保育所等への入所(継続入所)の要否判定に使用するものです。それ以外の目的に使用することはありません。

お問合せ先:雲南市役所子ども政策課(Tel0854-40-1044)

【入所・申込状況】※保護者記入欄

児童名	生年月日	保育所名
雲南 桜子	平成23年 2月 ●日	●●保育所 (入所中) 内定・申込中)
雲南 次郎	平成27年 7月 6日	●●保育所 (入所中・内定・申込中)
	平成 年 月 日	(入所中・内定・申込中)