【保育施設申請用】
同居親族の介護･看護用

診　断　書

草津市長　宛

氏名		生年月日	年　月　日
病名			

通院および療養期間　※見込みで御記入ください。

年　月　日　から
年　月　日　まで

通院の頻度

（　　ヶ月・　　週）　に　（　　回）程度

入院期間　※入院中または予定の場合

年　月　日　から
年　月　日　まで

日常生活における介助・付き添いについて　※下記の該当する項目１つにチェックしてください。

- ☐ 自宅・病院等での全介助を要する
- ☐ 自宅での部分的な介助を要する
- ☐ 通院等で付き添いが必要である
- ☐ 自立できているため必要なし

病状および所見

上記のとおり診断します。

診断年月日　　年　月　日

医療機関名
所　在　地
電話番号
医　師　名　　印

保護者記入欄

児童名		生年月日	年　月　日	保育施設名		☐利用中 ☐申込中(第一希望)
児童名		生年月日	年　月　日	保育施設名		☐利用中 ☐申込中(第一希望)
児童名		生年月日	年　月　日	保育施設名		☐利用中 ☐申込中(第一希望)