

施設名		児童名	
通知書番号		児童の生年月日	

診断書

患者住所	
氏名	

上記の者について、下記のとおり診断いたします。

記

1 患者の病状

(1) 病名

(2) 病状

2 治療見込期間

(1) 入院	<input type="checkbox"/> 平成		年		月		日から	<input type="checkbox"/> 平成		年		月		日頃まで
	<input type="checkbox"/> 令和							<input type="checkbox"/> 令和						
(2) 通院	<input type="checkbox"/> 平成		年		月		日から	<input type="checkbox"/> 平成		年		月		日頃まで
	<input type="checkbox"/> 令和							<input type="checkbox"/> 令和						

3 生活状況

<申請保護者本人が治療を要する又は障がいの有する場合>

- (1) 常時、臥床状態（ ☐である ☐ではない ）。
- (2) 安静を必要と （ ☐する ☐しない ）。
- (3) 子どもの保育が（ ☐できる ☐できない ）。

<申請保護者が治療を要する又は障がい有する親族の介護又は看護にあたる場合>

- (1) 家族の看護 （ ☐常時観察 ☐介護 ）を必要と（ ☐する ☐しない ）。
- (2) 常時観察は不要だが、日常生活全般で恒常的な介護が必要で （ ☐ある ☐ない ）。

令和 年 月 日

盛岡市長 様  
盛岡市福祉事務所長 様

医療機関名	
担当医師名	

※この書類は、児童の保護者等が子育てのための施設等利用給付の認定申請にあたり盛岡市長又は保育所入所申込にあたり盛岡市福祉事務所長に提出するものです。