診　断　書

患者	氏名			
	住所			
	性別		生年月日	年　月　日

診断内容	**傷 病 名**		
	初 診 日	年　月　日	
	現在の症状 （過去３ヶ月間の病状、症状の経過）		
	治療見込み （※１）	入院	今後＿＿＿＿ヶ月間の入院が必要
		通院	今後＿＿＿＿ヶ月間に週＿＿＿回の治療が必要 また、家庭での看護や介護の必要は　有　・　無
	日常生活の可否 （※２）	＊ 常時援助(介護)を必要とし、身の回りのことができない ＊ 家事や入浴など部分的に援助(介護)の必要がある ＊ 援助(介護) の必要はなく、日常生活は普通にできる	
	子どもの保護の可否 （※３）	＊ 放課後、子どもの保護・見守りに当たるのは困難である ＊ 放課後、子どもの保護・見守りに当たるのは一部支障がある ＊ 放課後、子どもの保護・見守りに当たることは十分可能である	

上記のとおり診断します

令和　　年　　月　　日

所在地

電話番号

医療・介護機関名

担当医師・ケアマネジャー名

【記入に当たってのお願い】
- 学童クラブ利用の申請をする保護者の傷病(介護)状況を証明する場合は、すべての項目に記入してください。「※１～３」の各項目については該当する状況を〇で囲んでください。
- 学童クラブ利用の申請をする保護者が看護や介護をする場合の証明は、看護・介護される方について記入してください。なお、(※３)の項目は該当いたしません。
- この様式以外の診断書を使用する場合は、同様の項目を必ず記入してください。
- 証明事項の修正は、二重線で行ってください。