

診 断 書

診断書の有効期間は、証明日から3か月間です。ただし、令和8年度入会集中受付期間の申請は、10月1日以降の証明のみ有効です。

(あて先) 昭 島 市 長

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名 印

下記のとおり診断する。

フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日 (歳)
診 断 日	年 月 日	
傷 病 名		
上記傷病による 児童保育の可否	<input type="checkbox"/> 保育に支障なし <input type="checkbox"/> 保育困難 <input type="checkbox"/> 保育不可	
症 状 等	※保育が困難な状況を、具体的に記入してください。	
今後の治療 見込期間	入院 年 月 日～ 年 月 日	
	通院 年 月 日～ 年 月 日 (通院の頻度：週 回／月 回)	
上記傷病による 家族の看護・介護の 必要性及び状況	<input type="checkbox"/> 必要としない	
	<input type="checkbox"/> 必要とする（頻度：週 回／月 回）	
	※介護・看護が必要な状況を、具体的に記入してください。	

保護者記入欄

児童氏名（複数の場合、連名可）	生年月日	利用施設名

【問合せ先】 昭島市子ども家庭部子ども育成支援課子どもの居場所係
(代表) 042-544-5111 内線 2167・2168