様式第２号－３

熊本市長　様

診　断　書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 |

１．診断名

２．療養期間　開始：　　年　　月　　日　　終了（予定）：　　年　　月　　日　・未 定

３．通院回数　（　週　・　月　）　　　回

４．入院の有無　　　有　・　無　　（該当に○記入）

５．児童の見守りについて　（該当する番号いずれか１つに○を記入してください。）

（１）上記の者は、療養のために家庭での児童の見守りができないと認める。

（２）上記の者は、日常生活において看護又は介護の必要を認める。

（３）上記の者は、家庭での児童の見守りに支障がないと認める。

６．児童の見守りができない又は、看護若しくは介護が必要である理由（５．で（１）又は（２）の場合は記入）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

上記のとおり診断します。

　　　　 令和　　年　　　月　　　日

　　　　　　医療機関名・所在地

　　　　　　証明者（医師名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保護者  記入欄 | 児童氏名 |  |
| クラブ名 | 小学校児童育成クラブ |
| 診断を受けた者との続柄 |  |