

## 診断書

氏名： \_\_\_\_\_

診断名： \_\_\_\_\_

種別（複数チェック可）：

精神的疾患  身体的疾患  常時病臥  難病  感染症  一般療養

診断日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

入院：  無  有（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）

通院：  週 \_\_\_\_\_ 回程度  月 \_\_\_\_\_ 回程度  不定期

療養期間：  決まっている（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃まで）  未定

治療期間：  決まっている（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃まで）  未定

治療内容： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名：

連絡先：

担当医師名：

印

【問合せ先】 多摩市子ども青少年部児童青少年課

電話 042-338-6884 FAX 042-372-7988

| 学童クラブ申請者記入欄 |   |
|-------------|---|
| 申請者住所       |   |
| フリガナ        |   |
| 児童氏名        |   |
| 申請状況        | （ _____ ）学童クラブに在籍中 第一希望（ _____ ）学童クラブに申請中 |
| どなたの証明書ですか  | 父 ・ 母 ・ 同居者（ _____ ）                      |

