

## 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 （ ） |                  |

