令和９年度多摩市学童クラブ入所申請用
疾病・介護・看護要件

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　（　　）	