

疾病・障がい・介護・看護診断書

<申請者記入欄>

(宛先) 学校法人村田学園 理事長

記入日

令和 年 月 日

申請児童名		生年月日	
申請児童名		生年月日	
申請児童名		生年月日	

・本申告書に関連し、虚偽の申告が発覚した場合は、入所申請及び入所を無効（退所）とします

上記に同意の上、下記の通りに申告します

申請者(保護者)名

<医療機関等記入欄>

(宛先) 学校法人村田学園 理事長

記入日

令和 年 月 日

医療機関(施設)名

医師名

所在地

電話番号

記入担当者名

下記の通り、診断します

氏名	
生年月日	年 月 日生
診断名	
治療予定期間	年 月 日から 年 月 日
症状	医学的見地から、疾病または障がいの症状により以下の状態にある
	<input type="checkbox"/> 常時病臥等、日中保育にあたることが著しく困難である
	<input type="checkbox"/> 日中保育にあたることが部分的に困難である
	<input type="checkbox"/> 上記以外で、居宅内療養を常態