

様式第2

# 診断書 Atestado Médico

豊橋市長 様 Exc. Prefeito de Toyohashi

令和 年Ano 月Mês 日Dia

所在地Endereço

\* 上記年月日より3か月間は、  
添付書類として有効です

医療機関名Nome da Instituição Médica

電話番号TEL

\*Válido por 3 meses a partir da data acima. 担当医師Médico Responsável

carimbo

下記のとおり診断します。

\*担当医師の印、日付の記入がないものは無効となります。

Atesto conforme consta abaixo.

\* Não será válido caso não tenha o carimbo do médico encarregado, ou a data de preenchimento.

※以下の太線内は担当医師が記入してください。

O espaço abaixo dentro do quadro em negrito é reservado ao preenchimento médico.

氏名Nome	Data de Nascimento (昭和Shouwa・平成Heisei・令和Reiwa) 年Ano 月Mês 日Dia生		
傷病・疾患名 Nome da doença, ferimento			
病状 Sintomas			
治療期間 (該当するものに☑) Período de Tratamento (checar o item correspondente)	通院 Tratamento mé di co	通院期間 De 平成Heisei・令和Reiwa 年Ano 月Mês 日Diaから Período de Tratamento Até aprox. 令和 年Ano 月Mês 日Dia頃まで 通院の頻度Frequência do tratamento <input type="checkbox"/> 月Mensal <input type="checkbox"/> 週Semanal 回vezes	
	入院 Inter nação	<input type="checkbox"/> 入院予定Previsão de internação 入院開始予定日Data (previsão) de internação 令和 年Ano 月Mês 日Dia <input type="checkbox"/> 入院中Está internado(a) 入院期間 De 平成Heisei・令和Reiwa 年Ano 月Mês 日Diaから Até aproximadamente 令和Reiwa 年Ano 月Mês 日Dia頃まで (退院後Após alta hospitalar: <input type="checkbox"/> 通院予定ありHá previsão de tratamento médico <input type="checkbox"/> 通院予定なしNão há a previsão de tratamento médico <input type="checkbox"/> 未定Indefinido)	
総合所見 Observação Geral 日常生活 能力の程度 Nível de capacidade a vida diária (該当するものに☑) Checar o item correspondente	<input type="checkbox"/> 常時、臥床、また安静を保つ必要がある。 Necessita ficar constantemente deitado ou em repouso. <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。Necessita de amparo, diversos cuidados nas necessidades cotidianas, devido a suas limitações na vida diária. <input type="checkbox"/> 入院加療中であるが、同居親族の付き添いを常時要する。Apesar de estar internado para tratamento intensivo, é necessário o acompanhamento constante de parentes que moram junto. <input type="checkbox"/> 自宅療養中であるが、常時介護が必要である。 Apesar de estar em tratamento médico domiciliar, necessita de cuidados e apoio constantes. <input type="checkbox"/> 上記に該当せず、日常生活にも支障がない。Não se enquadra em nenhuma das opções acima, pois não apresenta limitações (dificuldades) na vida diária.		

## 《保護者記入欄》 Lacuna de Preenchimento dos Pais/Responsáveis

どちらかを○で囲んで ください。 Circular uma das opções abaixo.	申請者(代表保護者)氏名Nome do Pai/responsável solicitante	児童名 Nome da Criança	児童生年月日Data de nasc. da criança
申込中・在園中 ・Solicitando ・Frequentando	第一希望(在園)施設名 1ª Opção do estabelecimento infantil (ou que frequenta)	(診断を受けた方と) 児童との続柄 Parentesco entre a criança e a pessoa alvo deste atestado médico	

Contato: Departamento de Creche/Hoiku-Ka, Prefeitura de Toyohashi

【問い合わせ先】豊橋市役所 保育課 ☎0532-51-2322