

様式第 2

診 断 書 Atestado Médico

豊橋市長 様 Exmo. Sr, 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 *Documento válido por até 3 meses após a data citada acima.	医療機関名/Nome da instituição médica
	電話番号/Telefone
	担当医師/Médico responsável

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 como citado abaixo. ※Documento inválido caso não seja carimbado pelo médico responsável ou não houver data.

※以下の太線内は担当医師が記入してください。

※0 espaço em destaque é reservado a preenchimento médico.

氏 名/Nome do paciente		Data de nascimento (昭和(Shouwa) ・ 平成(Heisei) ・ 令和(Reiwa)) 年(Ano) 月(Mês) 日生(Dia)			
傷 病・疾 患 名/Nome da doença ou ferimento					
病 状/Sintomas					
治療期間/Período de tratamento (該当するものに☑) (Checar opção correspondent e)	通院/Tratamento médico	通院期間 De 平成(Heisei) ・ 令和(Reiwa) 年(Ano) 月(Mês) 日(Dia)から Período do tratamento médico Até aprox. 令和(Reiwa) 年(Ano) 月(Mês) 日(Dia)頃まで ※通院終了時期が未定の場合、見込み時期を記入するか、空欄としてください。 ※Caso o período do tratamento médico seja indefinido, favor preencher com a data estimada ou deixar em branco.			
		通院の頻度/Frequência do tratamento médico □月/Mensal □週/Semanal 回/Vezes			
	入院/Internação	□ 入院予定/Previsão de internação 入院開始予定日(Data prevista da internação) 令和(Reiwa) 年(Ano) 月(Mês) 日(Dia)			
		□ 入院中/Está internado 入院期間/Período de internação De 平成(Heisei) ・ 令和(Reiwa) 年(Ano) 月(Mês) 日(Dia)から Até aprox. 令和(Reiwa) 年(Ano) 月(Mês) 日(Dia)頃まで (退院後/Após alta hospitalar □通院予定あり/Há previsão de tratamento médico □ 通院予定なし/Não há previsão de tratamento médico □未定/Indefinido)			
総合所見/Observação Geral 日常生活能力の程度/Capacidade de habilidade na rotina diária (最も近いものに☑) (Checar a opção correspondente)		□ A. 常時、臥床、また安静を保つ必要がある。/Necessita estar em repouso ou deitado constantemente. □ B. 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。/Necessita amparo, e cuidados diversos para tarefas, devido a limitações na vida cotidiana. □ C. 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, necessita acompanhamento de familiar constantemente. □ D. 自宅療養中であるが、常時介護が必要である。/Apesar de estar em tratamento intensivo em casa, necessita cuidados constante. □ E. 基本的に日常生活はできるが、家庭で児童を保育することは困難である。/Apesar de conseguir seguir uma rotina diária, tem dificuldades de cuidar da criança em casa. □ F. 上記に該当せず、日常生活にも支障がない。/Não se enquadra em nenhum quadro acima, pois não apresenta nenhuma limitação de rotina diária.			

※総合所見がEまたはFの場合、保育施設等の入所に必要な「同居親族等の介護・看護」の認定はできません。Fの場合、保育施設等の入所に必要な「疾病・障がい」の認定はできません。

※Caso a observação geral seja a opção E ou F, não será possível receber a autorização de「Enfermidade/Amparo de familiar」. Em caso da opção F, não será possível receber a autorização de「Doença/Deficiência」.

《保護者記入欄》 Lacuna de preenchimento dos responsáveis

どちらかを○で 囲んでください。 Favor circular uma das opções abaixo	申請者（代表保護者）氏名 Nome do solicitante (Responsável representante)	児童氏名 Nome da criança	児童生年月日 Data de nascimento da criança
			・ ・
申込中・在園中 Solicitando/Frequentando	第一希望（在園）施設名 Nome do estabelecimento (que frequenta) de 1ª opção	（診断を受けた方と）児童との続柄 Relação com a criança (Pessoa qual recebeu atestado)	

【問い合わせ先/Contato】 豊橋市役所 保育課/Prefeitura de Toyohashi Departamento de creches (Hoiku-ka) ☎0532-51-2322