


様式第 2

診 断 書 Medical Certificate

豊橋市長 様 The Mayor of Toyohashi City

Reiwa Year Month Day

令和 年 月 日 所 在 地 /Address

* 上記年月日より 3 か月間は、 添付書類として有効です *This form is valid for 3 months from the above date	医療機関名/Medical Facility name	
	電 話 番 号 /Phone	
	担当医師/Attending Physician	

下記のとおりに診断します。 ※担当医師の印、日付の記入がないものは無効となります。  
Diagnosis is as follow. ※This form is invalid without attending physician's seal or date.

※以下の太線内は担当医師が記入してください。

※The following (bolded) section should be completed by the attending physician.

氏 名/Name of patient		Date of Birth ( 昭和(Showa) ・ 平成(Heisei) ・ 令和(Reiwa) ) 年(Year) 月(Month) 日(Day)生			
傷 病・疾 患 名/Name of illness or disease					
病 状/Patient's condition					
治療期間 /Treatment period (該当する ものに☑) (Check all that apply)	通院 /Outpati ent	通院期間 From 平成(Heisei) ・ 令和(Reiwa) 年(Year) 月(Month) 日(Day)から Treatment period to 令和(Reiwa) 年(Year) 月(Month) 日(Day)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。 If there is not a end date for the treatment, write the estimated date or leave it blank.			
		通院の頻度/Visit Frequency <input type="checkbox"/> 月/Monthly <input type="checkbox"/> 週/Weekly 回/times			
	入院 /Hospita lization	<input type="checkbox"/> 入院予定/Planned Hospitalization 入院開始予定日/Hospitalization date 令和(Reiwa) 年(Year) 月(Month) 日(Day)			
		<input type="checkbox"/> 入院中/Hospitalized 入院期間/Hospitalization Period From 平成(Heisei) ・ 令和(Reiwa) 年(Year) 月(Month) 日(Day)から untill 令和(Reiwa) 年(Year) 月(Month) 日(Day)頃 (退院後/After discharging <input type="checkbox"/> 通院予定あり/Outpatient treatment <input type="checkbox"/> 通院予定なし/No treatment <input type="checkbox"/> 未定/Undecided)			
総合所見/General Remarks  ( 日常生活 能力の程度/Ability to live daily life )  (最も近いものに☑) (Check all tapplicable)		<input type="checkbox"/> A. 常時、臥床、また安静を保つ必要がある/Patient must be confined to bed all the time, or is it at least essential they rest constantly. <input type="checkbox"/> B. 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。/Patient has difficulty in their daily life, and needs a lots of care and assistance. <input type="checkbox"/> 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。/Hospitalized and a family member needs to be in constantly attendance. <input type="checkbox"/> D. 自宅療養中であるが、常時介護が必要である。/Recovering at home, but needs constant care. <input type="checkbox"/> 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。/Has no difficulty in their daily life, but has difficulty and providing childcare at home. <input type="checkbox"/> F. 上記に該当せず、日常生活にも支障がない。/None of the above apply, patient has no real difficulty with their daily life.			

※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。  
If in General Remarks the choosen options are E or F, you can't receive the authorization for 「Nursing/caregiving family member」. If choose F, you can't receive the autorization for 「Illness/Disabilty」.

《保護者記入欄/Guardian's entry section》

どちらかを○をつけてください/Please circle one of the two choices below	申請者(代表保護者)氏名/Applicant (representative guardian) Name	児童氏名/Child Name	児童生年月日/Child Date of Birth
			. .
申込中/Applying 在園中/Child currently enrolled	第一希望施設(在園施設)/1st choice facility (or current facility)	診断された方と(児童)の続柄/Examined patient's relation to child	

【お問い合わせ/Inquiries】豊橋市役所 保育課/Toyohashi City Hall Nursery Division ☎0532-51-2322