

診断書（留守家庭子ども会提出用）

留守家庭子ども会名（小留守家庭子ども会
申込児童名（）・学年（年）

現住所	福岡市 区
氏名	児童からみた続柄（ ）
病名	
《附 記》	
○家庭内における児童の保護について	
<input type="checkbox"/> 適切な保護ができる	
<input type="checkbox"/> 適切な保護ができない	
【適切な保護ができない理由】	
【適切な保護ができない期間の見込み】	
<input type="checkbox"/> 診断日より1年以上	
<input type="checkbox"/> 診断日より（ ） ヶ月以上	
上記のとおり診断いたします	
令和 年 月 日	
医療機関の住所	
医療機関名	
診断医師氏名 ⑩	
※医師本人が署名する場合は押印を省略することができます。	

（福岡市子ども未来局放課後子ども育成課・留守家庭子ども会入会申込用） 問い合わせ先：092-711-4662

診断書（留守家庭子ども会提出用）

記入例

留守家庭子ども会名（ 小留守家庭子ども会
 申込児童名（ ）・学年（ 年）

現住所	福岡市中央区天神〇丁目〇番〇号		
氏名	〇〇 〇〇	児童からみた続柄（ 母 ）	
病名	うつ病		
≪附 記≫令和〇年〇月より当方に受診。以後、今日まで外来通院治療をおこなっているものである。病状はあまり顕著な改善がみられない。			
○家庭内における児童の保護について <input type="checkbox"/> 適切な保護ができる <input checked="" type="checkbox"/> 適切な保護ができない 【適切な保護ができない理由】 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 不安症状、抑うつ症状が強く、家事、育児に困難をともなうため。 </div> 【適切な保護ができない期間の見込み】 <input type="checkbox"/> 診断日より1年以上 <input checked="" type="checkbox"/> 診断日より（ 6 ）ヶ月以上 上記のとおり診断いたします 令和 2 年 1 月 10 日 医療機関の住所 福岡市中央区〇丁目〇番〇号 医療機関名 〇〇クリニック 診断医師氏名 _____ 〇〇 〇〇 _____ ⑩ <p style="text-align: center; font-size: small;">※医師本人が署名する場合は押印を省略することができます。</p>			