

診断書(放課後児童クラブ提出用)

放課後児童クラブ名: _____ 小放課後児童クラブ

○申込児童名: _____・学年: _____年 ○申込児童名: _____・学年: _____年

医師記入欄

児童からみた続柄()

氏 名	
現住所	福岡市 区
病 名	
<<随 記>> 	
家庭内においての児童の保護について ☐ 適切な保護ができる ☐ 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】 ☐ 診断日より6か月以上1年未満 ☐ 診断日より1年以上 ☐ 診断日より()か月以上 ※適切な保護ができない期間が6か月に満たない場合、放課後児童クラブに入会することはできません。	
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機関の住所 医 療 機 関 名 診 断 医 師 氏 名 _____ ※確認が必要な場合、問い合わせさせていただくことがあります。	

〔福岡市教育委員会放課後こども育成課・放課後児童クラブ入会申込用〕 問い合わせ先: 092-711-4662

診断書(放課後児童クラブ提出用)

記入例

放課後児童クラブ名: _____ 小放課後児童クラブ

○申込児童名: _____・学年: _____年 ○申込児童名: _____・学年: _____年

医師記入欄

児童からみた続柄()

氏 名	〇〇 〇〇
現住所	福岡市 中央 区 天神〇丁目〇番〇号
病 名	うつ病
≪随 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。	
家庭内においての児童の保護について ☐ 適切な保護ができる ☒ 適切な保護ができない 【適切な保護ができない理由】 不安症状、抑うつ症状が強く、家事、育児に困難を伴うため。 【適切な保護ができない期間の見込み】 ☒ 診断日より6か月以上1年未満 ☐ 診断日より1年以上 ☐ 診断日より()か月以上 ※適切な保護ができない期間が6か月に満たない場合、放課後児童クラブに入会することはできません。 上記のとおり診断します。 令和 7 年 1 月 11 日 医療機関の住所 福岡市中央区天神〇丁目〇番〇号 医療機関名 〇〇クリニック 診断医師氏名 _____ 〇〇 〇〇 ※確認が必要な場合、問い合わせさせていただくことがあります。	

〔福岡市教育委員会放課後こども育成課・放課後児童クラブ入会申込用〕 問い合わせ先: 092-711-4662