児童の状況を確認するものではありません。

※ この書類は、保護者が疾病・負傷を理由に児童クラブ入所申込をする場合に必要な書類です。

注意事項

※ 未記入がないか必ず確認してください。
※ 記載内容をもとに判定いたします。当財団が必要と判断した場合以外、確認のための連絡はいたしません。
※ 変更が生じた場合は、速やかに再提出をお願いいたします。

（保護者記入欄）

児童クラブ	高谷子どもクラブ		
入所児童との続柄	■ 父　□ 母　□ 祖父　□ 祖母　□ その他　（　　）		
フリガナ	タカヤ　ジロウ	タカヤ　ハナコ	
児童名	高谷　次郎	高谷　花子	
2022年度の学年	3　年生	1　年生	年生

医師による意見書（診断書）

※　この書類は、藤沢市放課後児童クラブへの入所申込にあたっての必要性を確認するためのものです。

（医師記入欄）

氏名	高谷　太郎		
生年月日	西暦　1900　年　○　月　○　日	性別	■ 男　□ 女
初診日	西暦　2000　年　○　月　○　日		

現在の病状について　※　退院あるいは病状改善の見込みがあれば、その旨もご記入ください。

病状について、記載できる範囲で記入してください

児童の保育についての所見（下記の該当する項目のいずれかにチェックをつけてください）

■ Ⅰ 上記の者は、児童の保育が完全に不可能な状態である
□ Ⅱ 上記の者は、児童の日中常時の保育が困難な状態である
□ Ⅲ 上記の者は、児童の日中の保育が部分的に困難な状態である
□ Ⅳ 上記の者は、児童の保育が十分に可能な状態である

2000　年　○　月　○　日

記載した日付

社会福祉法人高谷福祉会理事長　宛
上記のとおり診断します。

医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿

担当医氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 印