

保育所等入所調査書（診断書）

FORMULÁRIO DE AVERIGUAÇÃO PARA O INGRESSO À CRECHE (ATESTADO MÉDICO)

【保護者記入欄/CAMPO DE PREENCHIMENTO PELOS PAIS】

保育所等 NOME DA CRECHE	CRECHE: 保育園	続柄 PARENTESCO	父/PAI・母/MÃE・祖父/AVÔ・祖母/AVÓ・ その他/OUTROS()		
児童氏名 NOME DA CRIAN ÇA		児童生年月日 DATA DE NASC. DA CRIANÇA	ANO 年	MES 月	DIA 日
介護・看護の場合 Caso de cuidados médicos ou cuidar de pessoas enfermas	Nome da pessoa que necessita dos cuidados médicos. (児童から見た続柄/parentesco com a criança:)		Nome do cuidador da pessoa que necessita dos cuidados médicos (児童から見た続柄/parentesco com a criança:)		

【医師記入欄】 この診断書又は同内容を具備する診断書での証明をお願いいたします。

Este Atestado Médico deverá ser preenchido pelo médico responsável.

1 患者氏名	
2 生年月日	年 月 日
3 診断名	
4 状況	<p>(1) 年 月 日より 入院中 ・ 入院予定 である。</p> <p>(2) 次の状況により自宅での療養を要する。</p> <p><input type="checkbox"/> 症状が改善する見込みがなく、常に療養・介添が必要である。</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の期間で安静・介護が必要である。 (年 月 日から 年 月 日まで)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>(3) 月に 日程度の通院、加療が必要である。</p>
上記の理由により、家庭での保育は困難であることを認める。	

上記のとおり診断します。

年 月 日

所在地

医療機関名

医師氏名

※氏名を自署する場合、押印は省略できます。

※ 本診断書に要する費用等は請求者(患者)負担となります。

O valor adicional deste Atestado Médico deve ser arcado pelo solicitante (paciente).

※ 本診断書の有効期間は特に定めのない限り、記載日から3か月です。

O prazo de validade deste Atestado médico é de 3 meses após o preenchimento.