

Atestado Médico 診断書 (放課後児童クラブ用)

豊田市

【③保護者の病気・障がい】ポルトガル語

Veja o modelo de preenchimento no verso.

① A ser preenchido pelo responsável (保護者記入欄)	Paciente (Portador da Carteira de Deficiente) 診断書 (手帳) 対象者	Nome 氏名	
	Data de nascimento 生年月日	西暦	年 月 日
	Endereço 住所		
② A ser preenchido pelo Médico (Se a cópia da Carteira de Deficiente for anexada: a ser preenchido pelo(a) responsável) 医師 (手帳を貼付の場合は保護者) 記入欄	病名・状況等 Nome da enfermidade, sintomas etc. ※上段に病名を記入し、保育できないと見込まれる期間を記入してください。Escreva também o período necessário para o tratamento dessa enfermidade ou sintomas	病名記入欄 Nome da enfermidade 上記の診断書対象者は、上記病気のため、自宅での児童の保育は不可能と認める。 Atesto para os devidos fins que a pessoa supracitada necessita de cuidados assistenciais em tempo integral. 【保育できないと見込まれる期間】Período impossibilitado(a) de zelar pela criança* ※この期間のみ参加が可能*Período que a criança poderá frequentar De (ano/mês/dia): 年 月 日 ~ Até (ano/mês/dia): 年 月 日	
	O(a) Responsável ou o(a) médico(a) devem preencher o campo adequado. 以下のいずれかを記入してください。		
③ A ser preenchido pelo Médico (Se a cópia da Carteira de Deficiente for anexada: a ser preenchido pelo(a) responsável) 医師 (手帳を貼付の場合は保護者) 記入欄	Responsável 保護者記入欄	Campo reservado ao Médico 医師記入欄	
	Declaro que não tenho condições de zelar pela minha criança devido ao motivo acima descrito. 上記のとおり保育が不可能であることを申し立てます。 Declarante 申出者 Data (ano/mês/dia) 西暦 年 月 日 Nome do Responsável 保護者氏名	上記のとおり診断します。 【証明者】 西暦 年 月 日 病院 (医院) 所在地 病院 (医院) 名 医師名 電話番号	
	Cole a cópia da Carteira aqui.		

《医師の方へ》

この診断書もしくは、同内容を具備する診断書での証明をお願いいたします。

Srs. Responsáveis

- ※ Caso o paciente possua a Caderneta de Deficiência Física (Shintai Shogai Techo) nível 1 ou 2 ou 3; a Carteira de Desenvolvimento Intelectual (Ryoiku Techo) nível A ou B; ou a Carteira de Tratamento para Portadores de Distúrbios Psiquiátricos (Seishin Shogaisha Hoken Fukushi Techo), por favor, anexe cópia da caderneta. Neste caso, os campos que deveriam ser preenchidos por um médico podem ser preenchidos pelo(a) responsável.
- ※ **As condições acima descritas serão verificadas periodicamente.**
- ※ As informações aqui constantes serão utilizadas única e exclusivamente para fins de participação no Programa.
- ※ Comunique imediatamente ao clube eventuais alterações nas condições aqui constantes.
- ※ Se desejar privacidade, entregue este Atestado dentro de um envelope.

④ A ser preenchido pelo(a) Responsável 保護者記入欄	Nome da escola	Série 学年	年生	Este atestado é do(a): 児童と就労者との続柄 Pai 父/Mãe 母/Avô 祖父/Avó 祖母/Outro 他 () da criança
	小学校	Nome do(a) aluno(a) 児童氏名		

Atestado Médico 診断書 (医療記録用)

豊田市 豊田市保健所の病室・病室() 東本トガル路

Modelo de preenchimento

Veja o modelo de preenchimento no verso.

Paciente (Fritador da Carteira de Deficiente) 病者 (手帳) 氏名 Toyota Hanako	
Data de nascimento 生年月日 19XX 年 3 月 3 日	Endereço 住所 Toyota-shi ABC-cho 3-2-1
Nome da enfermidade/sintomas etc. 病名・状況等 Nome da enfermidade/sintomas etc.	Nome da enfermidade/sintomas etc.
Data de início da enfermidade/sintomas etc. 発症日 20XX 年 4 月 8 日	Data de término da enfermidade/sintomas etc. 回復日 20XX 年 3 月 31 日
Descrição da enfermidade/sintomas etc. 病名・状況等 Descrição da enfermidade/sintomas etc.	
Declaração do médico responsável 医師の記入欄 Declaração do médico responsável	

※ Campos a serem preenchidos pelo(a) responsável

Campo a ser preenchido pelo médico, exceto se o Paciente é portador de Caderneta de Deficiência Física (Shintai Shogai Techo) nível 1 ou 2; a Carteira de Desenvolvimento Intelectual (Ryoiku Techo) nível A ou B; ou a Carteira de Tratamento para Portadores de Distúrbios Psiquiátricos (Seishin Shogaisha Hoken Fukushi Techo). Neste caso, por favor, anexe cópia da

医師の方が記入してください。
 ※身体障がい者手帳1、2級・療育手帳A、B・精神障がい者保健福祉手帳の写しを添付の場合は、保護者記入欄を保護者の方が記入してください。
 この場合、医師記入欄の記入は必要ありません。

医師の方が記入してください。
 ※押印の必要はありませんが、医師が記入した場合、その内容を保護者自身で訂正することはできません。
 ※適正管理のために、上記内容について病院に確認させていただきます。

【証明者】
 西暦 20xx 年 12 月 8 日
 病院 (医誌) 所在地 豊田市西町3丁目60番地
 科 (医誌) 名 ひまわりクリニック
 医師名 愛知 太郎
 電話番号 0565-xx-xxxx

この診断書もしくは、同内容を具備する診断書での証明をお願いします。

Nome da escola 学年 Kita 小学 1 年生	Nome do(a) aluno(a) 児童氏名 Toyota Jiro
Este atestado é de(a): Este atestado é de(a): Este atestado é de(a): Este atestado é de(a):	

※ Campo a ser preenchido pelo(a) Responsável