

診 断 書

【氏 名】 _____ 【生年月日】 S・H 年 月 日生

【診 断 名】 _____ 精神的疾患 身体的疾患

【初 診 日】 S・H 年 月 頃～ 【発病時期】 S・H 年 月 頃～

【入 院 歴】 なし・あり (年 月 日～ 年 月 日)

【症 状】 _____

【通院回数】 (週 ・ 月 回 / 不定期)

【治療期間】 平成 年 月 頃まで ・ 未定

【治療内容】 _____

【現在の状態】 *それぞれ該当する番号に○をつけてください。

| 日常生活について | | 育児について | |
|----------|------------------------------|--------|---|
| 1 | 身の回りのことはほとんどできない。 | 1 | 身体的疾患：自身の起居にも困難で、育児はできない。 精神的疾患：児童に危害が及ぶ恐れがあり、早急に児童と離す必要がある。 |
| 2 | 日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。 | 2 | 身体的疾患：自身の身の回りのことはできるが、育児はできない。 精神的疾患：児童に危害が及ぶ恐れがあり、児童と離すことが望ましい。 |
| 3 | 日常生活に著しい制限を受けており、時に援助を必要とする。 | 3 | 家庭での育児は非常に困難であり、常時(週 5 日以上)援助を必要とする。 |
| 4 | 日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。 | 4 | 家庭での育児は困難を伴うことがあり、頻繁(週 3 日程度)に援助を必要とする。 |
| 5 | 日常生活及び社会生活にほとんど支障はない。 | 5 | 家庭での育児は時に(週 1、2 日程度)援助が必要であるが、ある程度の育児はできる。 |
| 6 | 日常生活及び社会生活支障はない。 | 6 | 家庭での育児に支障はない。 |

【特記事項】

.....
.....
.....

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

千歳市長 様

所 在 地 _____

医療機関名 _____

担当医師名 _____ (印)

*上記の内容が記入されていれば、診断書の形式は問いません。