

# 診 断 書

【氏 名】 \_\_\_\_\_ 【生年月日】 S・H・R 年 月 日生

【診断名】 \_\_\_\_\_ 精神的疾患 身体的疾患

【初診日】 S・H・R 年 月頃～ 【発病時期】 S・H・R 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。

令和 年 月 日

千歳市長 様

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

\*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。

(問合せ先) 千歳市こども政策課保育係 電話 0123-24-0340 F A X 0123-23-6700