

千代田区長 殿  
千代田区教育委員会 殿

# 診 断 書

氏 名 : \_\_\_\_\_ (生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日)

住 所 : \_\_\_\_\_

病 名 : \_\_\_\_\_

病 状 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

初診日 : \_\_\_\_\_ 年 月 日

入院歴 : 無・有 ⇒ \_\_\_\_\_ 年 月 日から \_\_\_\_\_ 年 月 日

◆患者の状況について、以下の質問にお答えください。

1. 日常生活における制限・介助の必要性についてご記入ください。(○をつけてください。)

- (ア) 食事について 自立・一部介助・全介助・その他 ( )
- (イ) 排泄について 自立・一部介助・全介助・その他 ( )
- (ウ) 歩行について 自立・一部介助・全介助・その他 ( )
- (エ) 着脱について 自立・一部介助・全介助・その他 ( )
- (オ) 上記のほか、制限・介助が必要な場合は具体的にご記入ください。

2. 今後見込まれる通院頻度について

\_\_\_\_\_ ヶ月・月・週 に \_\_\_\_\_ 日 の通院が必要である。

3. 本症状はいつまで続くと考えられますか。(必ずご記入ください。)

\_\_\_\_\_ 年 月 日頃まで

4. 医学的見地から、患者に対して介助が必要だと考えますか。

- (ア) 自立しており、必要がないと考える。
- (イ) ( 自宅 ・ 病院 ) での、一部介助が必要である。
- (ウ) ( 自宅 ・ 病院 ) での、全介助が必要である。
- (エ) その他 \_\_\_\_\_

以上のとおり診断します。

年 月 日

医 療 機 関 名 \_\_\_\_\_

医 師 名 ( 連 絡 先 ) \_\_\_\_\_

※記載内容について千代田区から問い合わせる場合があります。