

千代田区長 殿  
千代田区教育委員会 殿

( 疾 病 ・ 障 害 用 )

## 診 断 書

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

住 所 : \_\_\_\_\_

病 名 : \_\_\_\_\_

病 状 : \_\_\_\_\_

初診日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

入院中 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで予定

手 帳 : なし・身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・愛の手帳 \_\_\_\_\_ 級・度

◆通院中の方について、以下の質問にお答えください。

1. 生活（仕事・家事・育児等）に制限はありますか。（□にレをつけてください。）

<input type="checkbox"/> 無し
<input type="checkbox"/> 有り（制限有りの理由について、以下の□にレをつけてください。）
<input type="checkbox"/> 精神疾患
<input type="checkbox"/> 感染症
<input type="checkbox"/> 常時臥床
<input type="checkbox"/> 安静（概ね日中4時間以上就床）
<input type="checkbox"/> その他一般療養

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

以上のとおり診断します。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 :

連絡先 :

医師名 :

※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。

【お問い合わせ先】千代田区教育委員会事務局 子ども部子ども支援課 入園審査係 電話 03(5211)4119