

診 断 書

介護・看護用

千代田区長・千代田区教育委員会殿

以下のとおり診断します。

発 行 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
医療機関名 _____
医 師 名 _____
連 絡 先 _____

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

※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。

保護者記入欄	児童氏名 (生年月日)	(_____ 年 _____ 月 _____ 日生)	第1希望園 または在籍園	
--------	----------------	-----------------------------	-----------------	--

【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 03-5211-4119 (直通)