

診 断 書

疾病・障害用

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。）

☐ なし
☐ あり（制限ありの理由について、以下の□にレをつけてください。）
☐ 精神疾患
☐ 感染症
☐ 常時臥床
☐ 育児をすることが不可能または非常に困難な状態
☐ 育児をすることは困難な場合が多く、継続的な育児の援助を要する状態
☐ 概ね育児は可能だが、一部育児の援助を要する状態

精神疾患、感
染症、常時臥
床である場
合は除く。

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

※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）