

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。）

☐ 無し
☐ 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。）
☐ 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

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） _____

※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	
--------	----------------	-----------------------------	-----------------	--