

診 断 書

氏 名： _____ (生年月日 昭・平 年 月 日)

住 所： 千代田区 _____

病 名： _____

病 状： _____

初診日： 平成 年 月 日

入院中： 平成 年 月 日から平成 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

有 仕事・家事・育児・その他 （該当のものに○をつけ、詳しくご記入ください。）

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。）

平成 年 月 日頃まで

以上のとおり診断します。

平成 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