保育施設申込書類

診 断 書（保護者用）

D

立川市長　殿

【氏　　名】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　【生年月日】　　年　　月　　日生

【診 断 名】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□精神的疾患　□身体的疾患

【初 診 日】　　年　　月～　　【発病時期】　　年　　月頃～

【入 院 歴】□なし／□あり　（　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 ）

【症　　状】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【通院回数】（ 週・月　　回 ／ 不定期 ）

【治療期間】　　年　　月頃まで ・ 未定

【治療内容】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【現在の状態】＊それぞれ該当する項目の番号に○をつけてください。

日常生活について		未就学児童の育児について	
1	身の回りのことはほとんどできない。	1	自身の起居が困難で、育児はできない。 または、児童に危害が及ぶ恐れがあり、早急に児童と離す必要がある。
2	日常生活に著しい制限を受けており、 常時援助を必要とする。	2	自身の身辺のことはできるが、育児はできない。 または、児童に危害が及ぶ恐れがあり、児童と離すことが望ましい。
3	日常生活に著しい制限を受けており、 時に援助を必要とする。	3	家庭での育児は非常に困難であり、常時(週５日以上)援助を必要とする。
4	日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。	4	家庭での育児は困難を伴うことがあり、頻繁(週３日程度)に援助を必要とする。
5	日常生活及び社会生活にほとんど支障はない。	5	家庭での育児は時に(週１・２日程度)援助が必要であるが、ある程度の育児はできる。
6	日常生活及び社会生活に支障はない。	6	家庭での育児にほとんど支障はない。

【特記事項】

上記のとおり診断します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名・所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担 当 医 師 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊必ず担当医師が記入してください。