

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 _____ 日 ~ 【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	自身の身の回りのことはできるが、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。