

診 断 書

氏 名		生年月日	年 月 日生
診断名	<input type="checkbox"/> 精神的疾患 <input type="checkbox"/> 身体的疾患		
初診日	年 月頃～	発病時期	年 月頃～
入院歴	<input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり (年 月 日 ～ 年 月 日)		
症 状			
通院回数	週 ・ 月 回 / 不定期		
通院方法	通院介助の必要性 有 ・ 無		
治療期間	年 月頃まで ・ 未定		
治療内容			

【現在の状態】 ※ それぞれ該当するものに○を付けてください。

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	身体的疾患：自身の起居にも困難で、育児はできない。 精神的疾患：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	身体的疾患：自身の身の回りのことはできるが、育児はできない。 精神的疾患：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4日～5日）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	家庭での育児に支障はない。

【特記事項】

.....

.....

.....

.....

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名・所在地

担当医師名

_____ (印)

* 上記の内容が記入されていれば、診断書の形式は問いません。