

選択必須

⑥

診 断 書

(あて先)所沢市長

疾病・障害の事由に該当する方用

氏 名			生年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日生(歳)
傷 病 名					
初 診 日	年 月 日(頃)		治療期間 (見込)	年 月頃まで・不明	
入院期間(歴)	現在 過去	年 月 日	～	年 月 日	
外来通院回数	1週間に 回		または	1ヵ月に 回	
総合所見					
現 在 の 状 態 (当てはまるものに○をつけてください。)					
身 的 疾 患	<身的疾患 日常生活能力の程度> 1. 身のまわりのことはほとんどできない 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 3. 日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする 4. 日常生活または社会生活に一定の制限をうける				
	<身的疾患 保育を必要とする程度> 1. 自身の起居にも困難があり、育児はできない状態である 2. 自身の身の辺のことはできるが、育児はできない状態である 3. 患者の症状改善のため、週6日以上育児を休むことが望ましい 4. 患者の症状改善のため、週4日以上育児を休むことが望ましい				
※裏面へ続く (心的疾患は裏面になります)					

心的疾患

<心的疾患 日常生活能力の程度>

1. 身のまわりのことはほとんどできない
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
3. 日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする
4. 日常生活または社会生活に一定の制限をうける

<心的疾患 保育を必要とする程度>

1. 児童に危害がおよぶ恐れがあり、早急に児童と引き離すことが望ましい
2. 児童に危害がおよぶ恐れがあり、児童と離れることが望ましい
3. 患者の症状改善のため、週6日以上育児を休むことが望ましい
4. 患者の症状改善のため、週4日以上育児を休むことが望ましい

<心的疾患 公共機関等の相談歴>

1. 児童相談所（平成・令和 年 月頃から）
2. 保健所（平成・令和 年 月頃から）
3. 保健センター（平成・令和 年 月頃から）
4. その他（ /平成・令和 年 月頃から）

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関 所在地 _____

名 称 _____

電話番号 _____

診療担当科名 _____

医師氏名 _____ 印