

記入日

年 月 日

診 断 書

※ 本証明書の内容について、医療機関等に無断で作成し又は改変を行ったときは、刑法上の罪に問われる場合があります。

【氏 名】 _____ (生年月日 _____ 年 月 日生)

【診 断 名】 _____ (□身体的疾患・□精神性疾患)

【初 診 日】 _____ 年 月 日 【発病時期】 _____ 年 月頃

【入 院 歴】 ※記入日から2年以内に入院歴がある、又は今後入院を予定している場合に記入してください。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 から { _____ 年 _____ 月 _____ 日まで
退院日が未定の場合、入院期間の予定は □ 4週間以上 □ 4週間未満 }

【症 状 等】 上記疾患について、該当するものに☑をしてください。(複数☑可)

- 無気力・幻覚・幻聴・妄想・パニック等の症状がある。
- 意識消失を伴う発作等の症状がある。
- 治療による副作用等により、日中就学前児童の保育を行うことが著しく困難である。
- 自傷行為又は粗暴な行為・言動があり、就学前児童の安全のため離れることが望ましい。
- 家庭での生活に著しく支障があり、就学前児童の保育を行うことができない。

【通院回数】 現 在 1週間に _____ 回 ・ 1か月に _____ 回 ・ 年に _____ 回
今後の見込み 1週間に _____ 回 ・ 1か月に _____ 回 ・ 年に _____ 回

【治療期間】 _____ 年 _____ 月頃まで ・ □未定 (3か月以上の通院治療：□要・□不要)

【現在の状態】 該当するものに☑してください。☑がない場合は「一人でできる」と判断します。

食事	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全面介助が必要
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全面介助が必要
入浴	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全面介助が必要
排泄	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全面介助が必要
屋内及び屋外での移動	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全面介助が必要

【その他】 症状や治療内容について、特記事項があればご記入ください。

上記のとおり診断します。

医療機関名・所在地 _____

担 当 医 師 氏 名 _____

—————以下、保護者記入欄(該当項目に☑をし、必要事項に記入してください。)—

上記診断書に記載以外で過去2年以内に4週間以上の入院歴がある、又は今後入院予定がありますか？

□はい □いいえ

保育所(園)
幼稚園フリガナ
歳児クラス 申込・入所(園) 児童名

※申込みの場合は、第1希望の保育所等名を記入してください。

※児童が複数の場合は、余白に全ての児童について記入してください。

受付	正	副
----	---	---