

# 診 断 書

(あて先) 皆野町長

氏 名		生年 月 日	明・大 昭・平	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 ヲ月に 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	<b>&lt;身的疾患 日常生活能力の程度&gt;</b>			
	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	<b>&lt;身的疾患 保育を必要とする程度&gt;</b>			
	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5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3日程度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 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5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3日程度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 (            年            月頃から)
2. 保健所            (            年            月頃から)
3. 町役場等            (            年            月頃から)
4. その他 (            /            年            月頃から)

心的  
疾患

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