

(保育施設入所用)

# 診 断 書 (世帯員用)

※この欄は、保護者が記入して下さい

児 童 氏 名	
児 童 生 年 月 日	年 月 日
保 育 施 設	申請中 ・ 入所中
児 童 と の 続 柄	父 ・ 母 ・ 祖 父 ・ 祖 母 その他 ( )

滝沢市福祉事務所長 様

平成 年 月 日

下記のとおり診断します。

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

担当医師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

受 診 者 氏 名		生 年 月 日	昭・平 年 月 日
住 所			
病 名		受 診 年 月 日	平成 年 月 日
症状及び所見			
加 療 の 状 況	投薬のみ ・ 通院 ・ 往診 ・ 入院 ・ その他 ( )		
今後の通院の状況	週 回、または月 回 ・ 不定期 ・ 必要なし		
通院の付き添い	常時必要とする ・ 部分的に必要とする ・ 必要ない		
入院の状況(期間)	平成 年 月 日から平成 年 月 日 (見込み)		
児童の保育ができる程度の回復の見込み	有 (平成 年 月頃) ・ 無		
※症状等から該当するものにチェックをつけて下さい。			
日常生活について		未就学児の育児について	
<input type="checkbox"/> 身の回りのことはほとんどできない。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。 <input type="checkbox"/> 日常生活または社会生活にほとんど支障はない。 <input type="checkbox"/> 日常生活及び社会生活に支障はない。		<input type="checkbox"/> 家庭での育児は困難であり、常時(週5日以上)援助を必要とする。 <input type="checkbox"/> 家庭での育児は困難を伴うことがあり、頻繁(週3日程度)援助を必要とする。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 家庭での育児に支障はない。	

※訂正箇所には訂正印が必要です。