

診 断 書

多度津町長 殿

住 所		障害者手帳	身・知・精 級 ※該当に○をつけ、等級を記載
氏 名		生年月日	年 月 日
診断名			
■ 現在の病状について			
■ 入院・通院等の状況			
①入 院	年 月 日から	年 月 日まで必要	
②通 院	年 月 日から	年 月 日まで必要	
③通院頻度	(週 ・ 月 回)		
■ 現在の病状等からの所見 (該当項目を選択し、特記すべきことがあればご記入ください。)			
(日常生活)			
<input type="checkbox"/> 日常生活に問題ない。 <input type="checkbox"/> 基本的に日常生活はできるが、療養が必要である。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。 <input type="checkbox"/> 常時、臥床、また安静を保つ必要がある。 特記()			
(小学校就学前の子どもの育児)			
<input type="checkbox"/> 特段の制限はなく、育児を行うことは可能である。 <input type="checkbox"/> 概ね育児は可能だが、症状の安定・改善のためには一部育児の援助が望まれる。 <input type="checkbox"/> 育児が難しい場合が多く、症状の安定・改善のためには継続的な育児の援助が望まれる。 <input type="checkbox"/> 育児をすることは非常に難しい状態であり、早急に育児の援助が必要である。 特記()			
上記のとおり診断します。			
		年 月 日	
医療機関名			
所 在 地			
医 師 名			㊟

※この診断書は、保育の必要性を確認する資料として使用します。

○問い合わせ先○ 多度津町健康福祉課 保育所担当

TEL : 0877-33-1134 / FAX : 0877-33-2550