

## 診 断 書

氏名（生年月日）	（ 年 月 日）
診 断 名	<input type="checkbox"/> 精神的疾患 <input type="checkbox"/> 身体的疾患
症 状	
初 診 日	年 月 日
入 院 歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 年 月 日～ 年 月 日）
通 院 回 数	週・月 回 / 不定期
治 療 期 間	年 月頃まで / 未定
治 療 内 容	

現在の状態について（該当する番号に○をつけてください）

育児について	
1	身体的疾患：自身の起居にも困難で、育児はできない。 精神的疾患：児童に危害が及ぶ恐れがあり、早急に児童と離す必要がある。
2	身体的疾患：自身の身のことはできるが、育児はできない。 精神的疾患：児童に危害が及ぶ恐れがあり、児童と離すことが望ましい。
3	家庭での育児は非常に困難であり、常時（週5日以上）援助を必要とする。
4	家庭での育児は困難を伴うことがあり、頻繁（週3日程度）に援助を必要とする。
5	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。
6	家庭での育児に支障はない。

特記事項

上記のとおり診断します。

年 月 日

石狩市長 様

証明者 所 在 地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

※この診断書は保育所に関する手続きに使用するもので、同様の内容が含まれている場合には、別の様式でもかまいません。