

## 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）

日常生活について	
1	身の回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受ける
5	日常生活及び社会生活にほとんど支障はない
6	日常生活及び社会生活に支障はない

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。