

診 断 書

大川市長 殿

【患者記入欄】

| | | | | | |
|-------------|--|---------------------|-------|-------------------------------|--|
| 児 童 名 | | 生 年 月 日 | R . . | 保 育 施 設 名 第1希望 | |
| | | | R . . | | |
| | | | R . . | | |
| 患者氏名 | | 生年月日 T・S・H・R . . | | 児童からみた続柄 | |
| 住 所： | | | | | |

【医師記入欄】 これは保育の必要性を確認するためのものです。患者氏名の者の状態について記入してください。

| | |
|---|--|
| 1. 病 名 | |
| 2. 現在の症状 | |
| 3. 治療に要する期間 (見込みでも記入してください) | 入院・通院 (H・R 年 月 日～H・R 年 月 日頃まで) |
| 4. 日常生活の所見 (どれか一つにチェックをつけてください) | <input type="checkbox"/> 日常生活は一人で可能である <input type="checkbox"/> 他者の援助（介護）が必要である（一部・ほぼ全部） <input type="checkbox"/> 常時安静が必要であり、家事や身の回りのことができない |
| 5. 家庭内保育についての所見 (患者氏名の者が上記の児童を家庭内保育できる状態であるかどうかを確認するためのものです。どれか一つにチェックをつけてください。) | <input type="checkbox"/> 児童の保育が完全に不可能な状態である <input type="checkbox"/> 児童の日中の保育が常時困難な状態である <input type="checkbox"/> 児童の日中の保育が部分的に困難な状態である <input type="checkbox"/> 児童の保育は可能な状態である |
| 上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 | |
| 医療機関名 _____ | |
| 所 在 地 _____ | |
| 担当医師名 _____ | |

【お問い合わせ先】 大川市 福祉事務所 児童保育係 TEL：0944-85-5535