

(あて先)日 野 市 長

診 断 書

氏 名		生年月日	年	月	日						
診断名											
初診日	年	月	日	治療期間	年	月頃まで ・ 未定					
症状経過等											
.....											
.....											
.....											
入院等(見込み)期間											
年						月	日から	年	月	日まで	
通院(見込み)期間						年	月	日から	年	月	日まで
通院回数						【現在】	回／週・月	又は	不定期		
						【今後の見込み】	回／週・月	又は	不定期		
(保護者が精神疾患の場合) 患者の状態											
患者の症状改善のため、週何日程度育児を休むことが望ましいですか ()日程度／週											
(該当するものに○をつけてください)											
1 身の回りのことがほとんどできない状態である											
2 子どもに危害を及ぼす恐れがある											
3 日常的にパニックや混乱を起こしてしまい、育児に多大な影響がある											
4 自分の身の回りのことはできるが、育児はほぼできない状況である											
5 日常生活及び社会生活に一部支障が生じている											
6 その他 ()											
所見欄											
.....											
.....											
.....											

上 記 の と お り 診 断 し ま す 。

年 月 日

医 療 機 関 名 ・ 所 在 地

医 師 氏 名 (押印不要)

[保護者記入欄]

学童クラブ名: 児童名: