

(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: