

# 保育所入所に伴う 診断書

氏 名 : \_\_\_\_\_

生年月日 : 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

住 所 : \_\_\_\_\_

病 名 : \_\_\_\_\_

症 状 : \_\_\_\_\_

1  入院中  通院中 ( 週 回 )  
( 月 回 )

2 どのくらいの期間を要しますか 年 月 日 ~ 年 月 日

### 3 現在の状況

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 定期的通院のみ               | <input type="checkbox"/> 精神障がいと認め、日常生活及び社会生活は普通にできる              |
| <input type="checkbox"/> 日常生活大部分介助が必要          | <input type="checkbox"/> 精神障がいと認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける           |
| <input type="checkbox"/> 常時寝ている必要はないが<br>安静が必要 | <input type="checkbox"/> 精神障がいと認め、日常生活に著しい制限をうけており、時に応じて援助を必要とする |
| <input type="checkbox"/> 常時寝ている必要がある           | <input type="checkbox"/> 精神障がいと認め、日常生活に著しい制限をうけており、常時援助を必要とする    |
|  | <input type="checkbox"/> 精神障がいと認め、身のまわりのことはほとんどできない              |

令和 年 月 日

医療機関の名称

診療科名

所在地・電話番号

医師氏名

⑩

(自署又は記名捺印)