診　　断　　書

【氏　　名】　　　　　　　　　　　　　　　　　　【生年月日】　　　　年　　月　　日　生

【診断名】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□精神的疾患　□身体的疾患

【初診日】　　　年　　月頃～　　　　　【発病時期】　　　年　　月頃～

【入院歴】　□なし　／　□あり　（　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日）

【症　　状】

【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】※それぞれ該当する番号に○をつけてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日常生活について | | 育児について | |
| 1 | 身の回りのことはほとんどできない。 | 1 | 身体的疾患：自身の起居にも困難で、育児はできない。  精神的疾患：児童に危害が及ぶ恐れがあり、早急に児童と離す必要がある。 |
| 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。 | 2 | 身体的疾患：自身の身辺のことはできるが、育児はできない。  精神的疾患：児童に危害が及ぶ恐れがあり、児童と離すことが望ましい。 |
| 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。 | 3 | 家庭での育児は非常に困難であり、常時（週５日以上）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。 | 4 | 家庭での育児は困難を伴うことがあり、頻繁（週３日程度）に援助を必要とする。 |
| 5 | 日常生活及び社会生活にほとんど支障はない。 | 5 | 家庭での育児は時に（週１、２日程度）援助が必要であるが、ある程度の育児はできる。 |
| 6 | 日常生活及び社会生活に支障はない。 | 6 | 家庭での育児に支障はない。 |

【特記事項】

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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※上記の内容が記入されていれば、診断書の形式は問いません。