

※ 下記の内容が記入されていれば、診断書の様式は問いません。

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(療養)期間			
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



[保護者記入欄]	
学童保育所名:	児童名: