**診 断 書（保育所申請用）**

（あて先）幸手市福祉事務所長

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者の氏名 | |  | | 生年月日 | | | Ｓ･Ｈ･Ｒ　 年 　 月 　 　日 | |
| 住　　所 | |  | | | | | | |
| 病　　名 | |  | | | 初　診　日 | | | Ｈ･Ｒ 　　年　　 月　　　日 |
| 所　　見 | |  | | | | | | |
| 加療期間  （見込み） | | 平成  令和　　　年　　　月　　　日から　　令和　　　年　　　月　　　日頃まで | | | | | | |
| **問１ 日常生活の制限**（□にチェックを入れてください。） | | | | | | | | |
| 日常生活 | □基本的に日常生活に制限はない。  □基本的に日常生活はできるが、一部介助・支援が必要である。  □基本的に日常生活はできるが、療養が必要である。  □日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。  □常時、伏臥または安静を保つ必要がある。 | | | | | | | |
| **問２ 入院、通院の頻度**（□にチェックを入れて、必要事項をご記入ください。） | | | | | | | | |
| 通院について | □ 必要  □ 不要 | | 通院が必要な期間 | | | | | |
| 平成  令和　　年　　月　　日から | | | □ 令和　　年　　月　　日頃まで | | |
| □ 終了時期は未定 | | |
| 通院が必要な場合の頻度 | | | | | |
| □ 月　　　回・□ 週　　　回　　付き添いの必要　□有 　□ 無 | | | | | |
| 入院について | □ 必要  □ 不要 | | 入院が必要な期間 | | | | | |
| 令和　　年　　月　　日から | | | □ 令和　　年　　月　　日頃まで | | |
| □ 終了時期は未定 | | |
| **問３ 精神疾患による活動制限**（精神疾患である場合、□にチェックを入れてください。） | | | | | | | | |
| 精神疾患による活動制限（能力障害） | □ あり  □ なし | | 適切な食事摂取 | | | | | |
| □できない　□援助が必要　□見守り・声掛けが必要　□できる | | | | | |
| 洗面、入浴、更衣、清掃等の身辺の清潔保持 | | | | | |
| □できない　□援助が必要　□見守り・声掛けが必要　□できる | | | | | |
| 適切な意思疎通、協調的な対人関係づくり | | | | | |
| □できない　□援助が必要　□十分ではなく不安定　　□できる | | | | | |
| 身辺の安全保持・危機対応 | | | | | |
| □できない　□援助が必要　□見守り・声掛けが必要　□できる | | | | | |
| 社会的手続きや公共施設の利用 | | | | | |
| □できない　□援助が必要　□見守り・声掛けが必要　□できる | | | | | |
| 趣味・娯楽への関心、文化的社会活動への参加 | | | | | |
| □できない　□援助が必要　□見守り・声掛けが必要　□できる | | | | | |

以上のとおり診断します。

令和　　 年　　 月　　 日

医療機関名

|  |  |
| --- | --- |
| **保護者**  **同意欄** | 私は保育の必要性認定において、疾病要件を希望します。  保育所入所後に要件の変更を希望する場合は、一度退園し新たに入所申込をすることに同意します。  保護者氏名（署名） |

医 師 名