

診 断 書

保護者の方へ

居宅訪問型保育事業は、障害や疾病等により個別の医療的ケアが必要なため、集団保育が著しく困難と認められる児童を、1対1で保育します。保育の実施にあたり、病状を把握するため、医師による診断書の提出をお願いいたします。

医療機関の方へ

診断書の記載につきましては荒川区医師会との契約により無料となっております。診察料は通常診療（健康保険）扱いです。なお、荒川区医師会所属医療機関以外での医療機関の証明書料につきましては、この限りではありません。
※最寄りの荒川区医師会所属医療機関は、ホームページ（<http://www.arakawa-med.or.jp/>）より検索ください。

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

病名 _____

初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

発病時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

入院歴 無 ・ 有 → (_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日)

手術歴 無 ・ 有 → (_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日)

患者の病状についてお答えください。

問① 現在の病状についてお答えください。（番号に○をつけてください）

- (1) 上記の疾病は全て完治している。（経過観察も含め通院の必要はない）
 (2) 経過観察中で、定期的な通院が必要である。
 (3) 治療継続中である。

問② 治療状況と、方針についてご記入ください。

現在の状況

(_____)

今後の治療方針

(_____)

問③ 投薬の有無（薬名・服用間隔・服用期間）を詳しくご記入ください。

(_____)

問④ 生活（集団保育・運動等）に制限や配慮は必要ですか。

無 ⇒ 問5へお進みください。

有 ⇒ 集団保育・運動・その他（○をつけてください）に制限や配慮が必要である。

（それぞれの制限や配慮について、下記に具体的にご記入ください）

(_____)

問⑤ 今後見込まれる通院頻度をご記入ください。

(_____ か月・月・週) に (_____ 日) の (治療・検診) のために通院が必要

以上のとおり診断します。

年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医 師

印