様式第２号（第３条の２関係）

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		
	（該当するものに○をつけてください。複数選択可。） 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　短時間や基本的な見守りは可能だが、夕方の疲労や症状の悪化により長時間の育児に一部支障がある ５　日常生活・社会生活はおおむね自立しているが、心身の不調や体調の波により育児に一部負担が生じている ６　症状は比較的安定しているが、病状の再発・悪化防止のため、過度な育児負担の軽減が望ましい ７　その他（　　）		
所見欄			

上記のとおり診断します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名・所在地

医師氏名　　印

（保護者記入欄）			
児童氏名		在籍施設名 （又は第一希望施設名）	
児童氏名		在籍施設名 （又は第一希望施設名）	
児童氏名		在籍施設名 （又は第一希望施設名）	

（稲城市学童クラブ申請用）