

保護者記入欄		※ 複数の児童を申し込まれている場合、全ての児童氏名を記入してください。診断書(介護・看護)は保護者1人につき1部の提出で結構です。 ※ 施設名は、現在の施設を継続する場合は継続する施設を、新規で申し込まれる場合は第1希望の施設を記入してください。	
入所・入園(希望)施設名	児童氏名	介護従事者の氏名	児童との続柄
			父・母 祖父・祖母 その他()
		介護・看護状況	
		1日平均	時間
保護者(申込者)氏名		月平均	時間
			認定者番号

診 断 書(介護・看護用) (保育関係施設利用確認用)

氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

住 所 _____

病 名 _____

初 診 日 _____ 年 月 日

発症時期 _____ 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)

次の質問についてお答えください。

問1) 「日常生活の制限・介助の必要性」についてご記入ください。(○をつけてください)

- (1) 食事について ⇒ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()
- (2) 排泄について ⇒ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()
- (3) 歩行について ⇒ 独歩可 ・ 要介助歩行 ・ 不可 ・ その他()
- (4) 着脱について ⇒ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()

上記(1)～(4)以外で制限・介助が必要な場合は、具体的にご記入ください。

問2) 治療状況または方針をご記入ください。

現在 …

今後 …

問3) 今後、必要と考えられる通院頻度をご記入ください。

(_____ か月 ・ 月 ・ 週) に (_____ 日)の通院が必要と考えます。

問4) 医学的見地から、患者に対しては「付き添いが必要」と考えますか。(○をつけてください)

- (1) 自立のため必要ないと考える。
- (2) (自宅 ・ 病院等施設)での、(部分的付き添い ・ 全介助)が必要と考える。

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医 師

電 話 番 号

印