

# 診 断 書

【 看護・介護用証明 】

《 診断を受ける方（看護・介護対象者） 》			
住所		生年月日	昭・平 年 月 日
氏名		児童との続柄	
初診年月日 年 月 日			
病名（診断名）		病状及び所見	
<b>入院期間</b> <small>（※見込みで構いませんので必ずご記入ください）</small>  年 月 日から 年 月 日まで		<b>通院及び今後の療養期間</b> <small>（※見込みで構いませんので必ずご記入ください）</small>  年 月 日から 年 月 日まで  ・通院の頻度（ 週 / 月 / 年 回 ）	
<b>家族等による入院時の看護及び介護</b> <small>（※いずれかを必ず○で囲んでください）</small>  1 要する    2 要しない		<b>家族等による日常の看護及び介護</b> <small>（※いずれかを必ず○で囲んでください）</small>  1 要する    2 要しない	
<b>病状等から該当するものにチェックをしてください。</b>  <input type="checkbox"/> 基本的に日常生活は営める（介助不要）。 <input type="checkbox"/> 基本的に日常生活は営めるが、入浴等に一部介助が必要。 <input type="checkbox"/> 立ち上がり、寝返りが自分では難しい。排泄、入浴等に一部介助が必要。 <input type="checkbox"/> 起き上がり、寝返りが自分ではできず、排泄、入浴、衣服の着脱等に介助が必要。 <input type="checkbox"/> 排泄、入浴、衣服の着脱等多くの日常の行為に全面的な介助が必要。 <input type="checkbox"/> 生活全般において、全面的な介助が必要。			
上記のとおり、診断します。  <small>（診断書作成年月日）</small> 令和 年 月 日			
		医 療 機 関 名	
		所 在 地	
		医 師 名	
		印	

※この診断書は、保育所等入所申込および利用調整の資料として使用します。  
記載内容について、問い合わせさせていただく場合があります、

与那原町子育て支援課 098-945-6520

保護者記入欄	児童名	(平・令 . . .)	保育園 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中
	児童名	(平・令 . . .)	保育園 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中