

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 | |
| | | | |
| 入院期間 （※見込みで構いませんので必ずご記入ください） | | 通院及び今後の療養期間 （※見込みで構いませんので必ずご記入ください） | |
| 年 月 日から 年 月 日まで | | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| | | ・通院の頻度（ 週 / 月 / 年 回 ） | |
| 家族等による入院時の看護及び介護 （※いずれかを必ず○で囲んでください） | | 家族等による日常の看護及び介護 （※いずれかを必ず○で囲んでください） | |
| 1 要する 2 要しない | | 1 要する 2 要しない | |
| 病状等から該当するものにチェックをしてください。 | | | |
| <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。 | | | |
| （診断書作成年月日） 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 |