

# 診 断 書

※親族の介護・看護理由用

氏名		生年月日	年 月 日
住所			
(病名)		初診日(発病年月日)	
		年 月 日	
入院歴 無・有 ⇒ ( 年 月 日 予定・確定 から 年 月 日 予定・確定)			
手術歴 無・有 ⇒ ( 年 月 日 予定・確定 から 年 月 日 予定・確定)			
病状及び所見(生活や運動の制限、児童を保育できない状況について具体的にご記入ください。)			
日常生活の制限・介助の必要性について該当するものにチェックしてください。			
(1) 起き上がり・寝返り ⇒ <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他( )			
(2) 歩行について ⇒ <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他( )			
(3) 入浴・排泄について ⇒ <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他( )			
(4) 食事について ⇒ <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他( )			
(5) 着脱について ⇒ <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他( )			
◆ 医学的見地から患者に対しては「付き添い(介助)が必要」ですか。			
<input type="checkbox"/> 自立できているため必要なし			
<input type="checkbox"/> ( 自宅 ・ 病院、施設等 )での、( 部分的な付き添い ・ 全介助 )を要する。			
⇒ 通院または療養(見込み)期間			
( 年 月 日から 年 月 日まで) / 月 ・ 週 回			
上記のとおり診断いたします。			
			(診断書作成年月日)
			令和 年 月 日
所在地			
医療機関名			
医師名		印	
電話番号			

※介護従事者が記入すること      ※介護に関する事のみ記入すること

看護・介護状況	介護者氏名		住所	
	介護時間	月( )日 / 週( )日		1日平均( )時間
	1日の流れ	※何時から何時まで介護しているのか等、介護の1日の流れをご記入ください。		

保護者記入欄	児童名		診断を受けた方と児童の続柄
	生年月日		