

診 断 書 (看護・介護用証明)

看護・介護をする方の氏名

--

〈診断を受ける方〉	
住所 -----	
氏名 -----	生年月日： M・T・S・H 年 月 日
入所中もしくは申込み中の児童との関係() -----	
初診年月日： 年 月 日	
病名	症状及び所見
入院期間 年 月 日から 年 月 日まで	通院及び今後の療養期間 年 月 日から 年 月 日まで ・ 通院(週 回 または 月 回)
家族等の入院時の看護及び介護(○で囲む) 1. 要する 2. 要しない	家族等の日常の看護及び介護(○で囲む) 1. 要する 2. 要しない
症状等から該当するものにチェックしてください。 <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"/> 立ち上がりや歩行が安定しない。排泄、入浴などに一部または全部の介助が必要 <input type="checkbox"/> 起き上がり、寝返りが自分では難しい。排泄、入浴などに一部または全部の介助が必要 <input type="checkbox"/> 起き上がり、寝返りが自分ではできず、排泄、入浴、衣服の着脱などに介助が必要 <input type="checkbox"/> 生活全般において、全面的な介助が必要	
令和 年 月 日 (診断書作成年月日)	
住 所	
検診医	医療機関名
医 師 名	印

児 童 名		生 年 月 日	年 月 日
-------	--	---------	-------