

# 診 断 書

## ( 介 護 ・ 看 護 用 )

(あて先)羽 村 市 長

氏名		生年月日	
初診日			
診断名			
症状等			
日常生活における 介助の必要性について (該当するものに☑)	移動	<input type="checkbox"/> 自立(介助不要)	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	食事	<input type="checkbox"/> 自立(介助不要)	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	入浴・洗顔など	<input type="checkbox"/> 自立(介助不要)	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立(介助不要)	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	家事	<input type="checkbox"/> 自立(介助不要)	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
医学的見地から見た、 患者に対する 介護・看護の 必要性について (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 必要としない・ほぼ必要としない		
	<input type="checkbox"/> 必要とする( 頻度: 週 回 / 月 回 )		
介護・看護が必要な状況を具体的に記入してください			
今後の入院 及び通院期間	入院	年 月 日	～ 年 月 日
	通院	年 月頃まで / 未定	頻度: 週 回 / 月 回

上記の通り診断する。

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印

以下、保護者記入欄 ※未入所の場合は施設名に「申請中」と記入してください。

児童名	施設名
-----	-----