

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	☐ 自立(介助不要)	☐ 一部介助	☐ 全部介助
	食事	☐ 自立(介助不要)	☐ 一部介助	☐ 全部介助
	入浴・洗顔など	☐ 自立(介助不要)	☐ 一部介助	☐ 全部介助
	排泄	☐ 自立(介助不要)	☐ 一部介助	☐ 全部介助
	家事	☐ 自立(介助不要)	☐ 一部介助	☐ 全部介助
医学的見地から見た、 患者に対しての 介護・看護の 必要性について (該当するものに☑)	☐ 必要としない・ほぼ必要としない			
	☐ 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		学童クラブ名	
-----	--	--------	--