

診断書

保護者氏名		児童氏名	
-------	--	------	--

診断を受ける方について

氏名		生年月日		年	月	日
住所			児童との続柄			

申請者記入欄

診断内容

病名					初診年月日		年	月	日	
症状等から該当するものにチェックをして下さい。										
☐ 軽症であるが、定期的通院を要する。										
☐ おおむね3～6ヶ月間の治療を要する。										
☐ おおむね6ヶ月以上の長期的治療を要する。										
☐ 常時、安静が必要、または臥床状態である。										
日常生活及び子どもの世話へ該当するものにチェックを入れて下さい。										
☐ 保育への支障は少ない。										
☐ 保育に一部支障がある。										
☐ 保育に支障がある。										
☐ 保育は不可能である。										
看護・介護が必要な方の場合には該当するものにチェックをしてください。										
☐ 基本的に日常生活は営める。（介助不要）										
☐ 基本的に日常生活は営めるが、入浴時に一部介助が必要。										
☐ 立ち上がりや歩行が安定しない。排泄、入浴などに一部介助が必要。										
☐ 起き上がり、寝返りが自分で難しい。排泄、入浴などに一部または全部の介助が必要。										
☐ 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。										
☐ 入浴・排泄・衣服の着脱など多くの日常の行為に全面的な介助が必要。										
☐ 生活全般において、全面的な介助が必要。										
病状及び所見										
入院			年	月	日	～		年	月	日
通院又は自宅療養			年	月	日	～		年	月	日
	月		回							
年 月 日										
医療機関所在										
医療機関名称										
医師の氏名				印						

医療機関記入欄