

# 診 断 書

《看護・介護証明用》

《診断を受ける方》	
住 所	
氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
児童との続柄	父・母・祖父・祖母・その他（ ）
初診年月日	年 月 日
病名	
症状及び所見	
入院	年 月 日から 年 月 日まで
通院	年 月 日から 年 月 日まで ( 週 回 又は 月 回 )
症状等から該当する箇所にチェックをして下さい。 <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"/> 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。 <input type="checkbox"/> 生活全般において、全面的な介助が必要。	
診断書作成年月日 令和 年 月 日	
医療機関名	
住 所	
医 師 名	
印	

※この診断書は、施設等利用給付認定の添付資料として使用します。

保護者記入欄	児童名	男女	平成 令和	年 月 日生	園名	児童の状況	在園児・申込中
		男女	平成 令和	年 月 日生			在園児・申込中
		男女	平成 令和	年 月 日生			在園児・申込中

問い合わせ先：中城村村役場福祉課 福祉係 TEL098-895-2131 (264)  
中城村教育委員会教育総務課 学校教育係 TEL098-895-3276