

保護者記入欄	保育関係施設名	児童氏名	介護従事者の氏名	児童との続柄	整理番号
				父・母 その他( )	
			介護・看護状況		
			1日平均	時間	
			週平均	時間	

※ 複数の児童を申し込まれている場合、全ての児童氏名を記入してください。診断書（介護・看護用）は保護者1人につき1部の提出で結構です。  
 ※ 現在の施設を継続する場合の保育関係施設名は継続する施設を、新規で申し込まれる場合は第1希望の施設を記入してください。

## 診 断 書（介護・看護用）

（保育関係施設利用確認用）

氏 名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_

初 診 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

発病時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

入 院 歴 無 ・ 有 ⇒ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで)

手 術 歴 無 ・ 有 ⇒ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで)

次の質問にお答えください。

問 1) 「日常生活の制限・介助の必要性」についてご記入ください。（○をつけてください）

- (1) 食事について ⇒ 自立・一部介助・全介助・その他( )
- (2) 排泄について ⇒ 自立・一部介助・全介助・その他( )
- (3) 歩行について ⇒ 独歩可・要介助歩行・不可・その他( )
- (4) 着脱について ⇒ 自立・一部介助・全介助・その他( )

上記(1)～(4)以外で制限・介助が必要な場合は具体的にご記入ください。

---



---

問 2) 治療状況または方針をご記入ください。

現在・・・

今後・・・

問 3) 今後必要と考えられる通院頻度をご記入ください。

( \_\_\_\_\_ か月・月・週)に( \_\_\_\_\_ 日)の通院が必要と考えます。

問 4) 医学的見地から、患者に対しては「付き添いが必要」と考えますか。

- (1) 自立のため必要ないと考える。
- (2) (自宅・病院)での、(部分的な付き添い・全介助)が必要と考える。

上記のとおり診断します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名

医 師

電 話 番 号

**介護スケジュール【介護者記入】**（※医療機関による記載は必要ありません。）

**1. 通院先・通所先**（ 年 月現在）

	名称	所在地	日数	所要時間
A			1か月 日	時間 分 (通所時間 分含む)
B			1か月 日	時間 分 (通所時間 分含む)
C			1か月 日	時間 分 (通所時間 分含む)
D			1か月 日	時間 分 (通所時間 分含む)
E			1か月 日	時間 分 (通所時間 分含む)

**2. 1か月の通院(通所)状況**（ 年 月分）

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	記入例 ① C (ヘルパー利用) ② A・B			3

※ 利用申込み前月の状況をご記入ください。

※ 通院先欄のA～Eをご記入ください。

※ 介護・看護をされた日付に○を付してください。介護・看護をされなかった日は、どのように対処をされたかご記入ください。

**3. 1日の介護・看護スケジュール**

	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00
《記入例》	起床 洗顔等		食事介助		医師診察等			食事介助 (排泄介助が日に平均6回) (体位変換を2時間に1回)		入浴介助		食事介助		就寝中の 体位変換	