

|        |         |      |          |               |      |
|--------|---------|------|----------|---------------|------|
| 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<br>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<br>(通所時間 分含む) |
| B |    |     | 1か月 日 | 時間 分<br>(通所時間 分含む) |
| C |    |     | 1か月 日 | 時間 分<br>(通所時間 分含む) |
| D |    |     | 1か月 日 | 時間 分<br>(通所時間 分含む) |
| E |    |     | 1か月 日 | 時間 分<br>(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<br>洗顔等 |      | 食事介助 |      | 医師診察等 |       |       | 食事介助                           |       | 入浴介助  |       | 食事介助  |       | 就寝中の<br>体位変換 |       |
|       |           |      |      |      |       |       |       | (排泄介助が日に平均6回)<br>(体位変換を2時間に1回) |       |       |       |       |       |              |       |