

# 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 T・S・H・R 年 月 日 児童との続柄 ( )	
初診年月日 年 月 日	
病 名	症 状
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 または 月 回)
症状等から該当するものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 基本的に日常生活は営める(介助不要)。 <input type="checkbox"/> 基本的に日常生活が営めるが、入浴等に一部介助が必要。 <input type="checkbox"/> 立ちあ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、保育所入所申込みの添付資料として使用します。

この診断書に関するお問い合わせ 浦添市役所保育課 876-1234(内線 3622)

保護者 記 入	児童名 生年月日 H・R 年 月 日	入所保育所又は 第1希望保育所	
	児童名 生年月日 H・R 年 月 日		