

診断書（介護・看護）【保育認定申請用】

氏 名

生 年 月 日 年 月 日

住 所

診 断 名

日常生活の制限・介助の必要性について
該当する項目にチェック☑をしてください。その他の場合（ ）内にご記入ください。

- (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。

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。
 （該当する項目にチェック☑をしてください。）

☐ 自立のため必要ないと考える。

☐ 付き添いが必要と考える。

うち、自宅での ☐ 付き添いは不要 ・ ☐ 部分的な付き添いが必要 ・ ☐ 全介助が必要

うち、病院での ☐ 付き添いは不要 ・ ☐ 部分的な付き添いが必要 ・ ☐ 全介助が必要

上記の状況が継続すると見込まれる期間（該当する項目にチェック☑をしてください。）

☐ 年 月 日 から 年 月 日 までの見込

☐ 年 月 日 から 終期末定

☐ 年 月 日 から 入所（申込）児童の卒園まで家庭内保育不可能の見込

上記のとおり診断します。

年 月 日

医 療 機 関 所 在 地

医 療 機 関 名

医 師 名

連 絡 先

※この診断書又は同内容を具備する診断書をご提示ください。

※記載内容について医療機関へ確認することがありますのでご承知おきください。

診断書（介護・看護）【保育認定申請用】 **記入例**

氏 名 桐生 一郎

生 年 月 日 ×× 年 ○ 月 ○ 日

住 所 桐生市織姫町1-1 市営住宅37号

診 断 名 脳梗塞による右半身不随

日常生活の制限・介助の必要性について
該当する項目にチェック☑をしてください。その他の場合（ ）内にご記入ください。

- (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。

体が自由に動かせないため、家庭内での介助が常時必要。

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。
 (該当する項目にチェック☑をしてください。)

☐ 自立のため必要ないと考える。

☒ 付き添いが必要と考える。

うち、自宅での ☐ 付き添いは不要 ・ ☒ 部分的な付き添いが必要 ・ ☐ 全介助が必要

うち、病院での ☐ 付き添いは不要 ・ ☒ 部分的な付き添いが必要 ・ ☐ 全介助が必要

上記の状況が継続すると見込まれる期間（該当する項目にチェック☑をしてください。）

☐ 年 月 日 から 年 月 日 までの見込

☐ 年 月 日 から 終期末定

☒ ○○ 年 △ 月 △ 日 から 入所（申込）児童の卒園まで家庭内保育不可能の見込

上記のとおり診断します。 ○○ 年 △ 月 △ 日

医 療 機 関 所 在 地 桐生市△△町○○-×

医 療 機 関 名 □□病院

医 師 名 渡良瀬 松子

連 絡 先 0277-46-●●11

※この診断書又は同内容を具備する診断書をご提示ください。

※記載内容について医療機関へ確認することがありますのでご承知おきください。