



【保護者記入欄】

児童名	生年月日	利用中・申込中(第1希望)の施設名
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
介護・看護にあたる方と児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 その他()	

※変更申請書や現況届に添付する場合は、保育関係施設利用中の全ての児童名を記入してください。

※新規申込の場合は、同時に申し込む全ての児童名を記入してください。本申立書は保護者1人につき1部の提出で結構です。

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					
初診年月日	年	月	日		
発症時期	年	月	日	ごろ	
病名					
介助の必要性 (該当するものに✓してください。)	・食事について ⇒	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	・排泄について ⇒	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	・着脱について ⇒	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	・歩行について ⇒	<input type="checkbox"/> 独歩可	<input type="checkbox"/> 要介助歩行	<input type="checkbox"/> 不可	
上記以外で介助が必要な場合は、具体的に記入してください。					
下記に該当する場合は✓し、日付等を記入してください。					
<input type="checkbox"/> 入院している。また、入院する予定がある。					
入院期間 年 月 日から 年 月 日まで					
<input type="checkbox"/> 今後、通院による治療が必要である。					
通院頻度					
医学的見地から、患者に対してどの程度付き添いが必要ですか。					
<input type="checkbox"/> 自宅での部分的付き添い <input type="checkbox"/> 自宅での全介助					
<input type="checkbox"/> 病院等施設での部分的付き添い <input type="checkbox"/> その他()					
治療状況	現在:				
	今後:				

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医師名

印

電話番号

※自署の場合は、印の省略可