

# 診 断 書

(介護又は看護要件用)

|                                                                         |                                                                                   |   |             |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---|-------------|
| 氏 名                                                                     |                                                                                   |   |             |
| 生 年 月 日                                                                 | 年                                                                                 | 月 | 日 ( 歳)      |
| 病 名                                                                     |                                                                                   |   |             |
| 療養状況及び<br>介護又は看護について<br>(全てチェックしてください)                                  | ① 患者は常時、病床に臥せておられますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ     |   |             |
|                                                                         | ② 患者は日中、家族等の介護又は看護が必要ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |   |             |
|                                                                         | ②で「はい」の場合、介護又は看護の内容について、ご記入ください。                                                  |   |             |
| 受 診 状 況                                                                 | 通院(週: 日程度)・(月: 日程度)                                                               |   |             |
|                                                                         | 入院(期間など: )                                                                        |   |             |
| 治療見込み期間                                                                 | 年                                                                                 | 月 | 日から 年 月 日まで |
| <p>上記のとおり診断します</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関住所</p> <p>医療機関名</p> <p>担当医師名</p> |                                                                                   |   |             |

## 【保護者記入欄】

| 児童氏名 | 生年月日 | 利用施設(希望施設) |
|------|------|------------|
|      |      |            |
|      |      |            |
|      |      |            |

※証明されている治療期間を経過する場合は、再度新しい診断書を提出してください。