

- ・保護者
- ・同一住所地に住む18歳以上75歳未満の者

診 断 書

多度津町長 殿

住 所		障害者手帳 介護度	身・療・精 級 要支援・要介護 級 ※該当に○をつけ、等級を記載
患者氏名		生 年 月 日	年 月 日
診断名			
■ 現在の病状について			
■ 入院・通院等の状況			
①入 院 年 月 日から 年 月 日まで必要			
②通 院 年 月 日から 年 月 日まで必要			
③通院頻度 (週 ・ 月 回) ※リハビリ含む。			
■ 現在の病状等からの所見 (該当項目を○で囲み、ご記入ください。)			
(日常生活の制限・介助必要性)			
1. 食事について → 自立 (補助具を使用できる) ・ 付添いを要す ・ 全介助			
2. 排泄について → 自立 (補助具を使用できる) ・ 付添いを要す ・ 全介助			
3. 歩行について → 自立 (補助具を使用できる) ・ 付添いを要す ・ 全介助			
4. 着脱について → 自立 (補助具を使用できる) ・ 付添いを要す ・ 全介助			
5. 意思の伝達 → 自立 ・ いくらか困難 ・ 見守りが必要 ・ 判断できない			
上記のとおり診断します。			
年 月 日			
医療機関名			
所 在 地			
医 師 名			
(印)			

《ご家族記入欄》

ご家族様が当患者様を看護・介護している状況を下枠内にご記入下さい。

例：付添いや介護の頻度・時間帯・内容等。

(記入者氏名： 続柄：)

※本様式は保育の必要性を確認する資料として使用するため、本事由が必ず認められるとは限りませんので、予めご注意下さい。

(問合わせ先) 多度津町健康福祉課 こども支援係
TEL：0877-33-1134