【放課後児童クラブの事由-看護・介護用】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<br>介護度 | 身・療・精　　級<br>要支援・要介護　　級<br>※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　　㊞

**≪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。
※障害者手帳・介護度に該当している方は、障害の内容や介護の状態などについて、当係から関係課へ照会することに同意するものとします。

問合わせ先　多度津町健康福祉課　こども支援係
TEL：0877-33-1134　／　FAX：0877-33-2550