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　　㊞

≪保護者記入欄≫

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