

診 断 書

多度津町長 殿

住 所		障害者手帳 介護度	身・知・精 級 要支援・要介護 級 ※該当に○をつけ、等級を記載
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)		
■ 現在の病状等からの所見 (該当項目を選択し、特記すべきことがあればご記入ください。)			
(日常生活の制限・介助必要性)			
1. 食事について	→ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 ()		
2. 排泄について	→ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 ()		
3. 歩行について	→ 独歩可 ・ 要介助歩行 ・ 不可 ・ その他 ()		
4. 着脱について	→ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 ()		
5. 入浴について	→ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 ()		
	特記 ()		
(当該患者に係る家族の看護、介護の必要性)※入院中の場合は、退院後として自宅での介護もご記入ください。			
	<input type="checkbox"/> 要しない		
	<input type="checkbox"/> 要する→ 入院期間中の付添	<input type="checkbox"/> 患者の全入院期間中	
		<input type="checkbox"/> 週 ()回程度	
		<input type="checkbox"/> 患者の入院期間中数回で良い	
	→ 自宅での介護	<input type="checkbox"/> 全介護を必要とする	
		<input type="checkbox"/> 一部介護	
	特記 ()		
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

※この診断書は、保育の必要性を確認する資料として使用します。

○問い合わせ先○ 多度津町健康福祉課 保育所担当

TEL : 0877-33-1134 / FAX : 0877-33-2550