診 断 書（看 護・介 護 用）

〔診断を受ける方〕

氏　　名 ：　　児童との続柄：

生 年 月 日 ：明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生

住　　所 ：

電 話 番 号 ：（自宅）　ー　　ー　　（携帯）　ー　　ー

〔初診年月日〕 昭・平・令　年　月　日	〔病　名〕
〔症　状〕	〔療 養 期 間〕 平成・令和　年　月　日から 平成・令和　年　月　日まで

〔所　見〕

該当する項目1箇所にチェックしてください。

身体	☐ 生活全般において、全面的な介助が必要
	☐ 入浴・排泄・衣服の着脱など多くの日常の行為に全面的な介助が必要
	☐ 起き上がり、寝返りが自分ではできず、排泄、入浴、衣服の着脱などに介助が必要
	☐ 起き上がり、寝返りが自分では難しい。排泄、入浴などに一部または全部の介助が必要
	☐ 立ち上がりや歩行が安定しない。排泄、入浴などに一部介助が必要
	☐ 基本的に日常生活は営めるが、入浴等に一部介助が必要
	☐ 基本的に日常生活は営めるが、見守りを要する
精神	☐ 精神的な疾患により情動がきわめて不安定なため常時の看護が必須
	☐ 精神的な疾患により情動が不安定なため一部の看護が必要
	☐ 基本的に日常生活は営めるが 精神的な疾患があり、見守りを要する

☐該当項目がなく、看護・介護・見守りは不要である。

医療機関名　　令和　年　月　日
（診断書作成月日）

住　　所

医　　師　　印

家族を介護する場合に記入して下さい。

①介護保険の認定　　有 ・ 無　　**※ 有の場合、お持ちであれば介護保険証の写しの提出もお願いします。**

⇒有の方のみ 要介護度（　　）

受給サービス内容：ディサービス(週　　回）ディケア（週　　回）

②介護に要する時間　　午前・午後　　時 ～ 午前・午後　　時まで

③介護協力者　　有・無　協力者名（続柄）〔　　〕