診　　断　　書

＜看護 ・ 介護証明用＞

（申込み児童）
住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜診断を受ける方＞

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　M・T・S・H・R　　年　　月　　日
児童との続柄　（　　）

初診年月日　　年　　月　　日	
病　名	症　状
入　院 年　　月　　日 から 年　　月　　日 まで	通　院 年　　月　　日 から 年　　月　　日 まで （ 週　回 または 月　回 ）
所見	日常の看護・介護（○で囲む） 日常の看護・介護　（ 要 ・ ある程度必要 ・ 否 ） 食事　（ 全介助 ・ 半介助 ・ 自立 ） 排泄　（ 全介助 ・ 半介助 ・ 自立 / おむつ　要 ・ 不要 ） 衣服着脱（ 全介助 ・ 半介助 ・ 自立 ） 入浴　（ 全介助 ・ 半介助 ・ 自立 ） 移動　（ 全介助 ・ 半介助 ・ 自立 ）
診断書作成年月日 令和　　年　　月　　日 医療機関名 住　　所 医　師　名　　印	

この診断書は、施設等利用給付（保育料無償化）申請の添付資料として使用します。