

診 断 書

三宅町長 殿

【介護・看護用】

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	磯城郡三宅町		

診断名	
1. 現在の病状について	
1. 入院・通院等の状況 (該当項目の□をチェックし、内容を記載してください。)	
<input type="checkbox"/> 入院 無 ・ 有 (年 月 日から 年 月 日) まで 予定	
<input type="checkbox"/> 通院 年 月 日から 年 月 日まで 予定	
<input type="checkbox"/> 通院頻度 週・月 / 回	
1. 現在の病状等からの所見 (該当項目に○をうち、特記すべきことがあればご記入ください。)	
日 常 生 活	①食 事 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 () ②排 泄 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 () ③歩 行 独歩可 ・ 要介助歩行 ・ 不可 ・ その他 () ④着 脱 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 () ⑤入 浴 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"/> 全入院期間中 <input type="checkbox"/> 週 回程度 <input type="checkbox"/> 入院期間中数回で良い) 自宅での介護 (<input type="checkbox"/> 全介助を必要とする。 <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	

※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。

※記載内容について事実の確認のため、お問い合わせの連絡をする場合がございます。

※この診断書に関するお問合せ 三宅町教育委員会事務局 (電話0745-44-3079)