

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。）			
☐ 入院 無 ・ 有 （ 年 月 日から 年 月 日）まで 予定			
☐ 通院 年 月 日から 年 月 日まで 予定			
☐ 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。			
☐ 要しない			
☐ 要する 入院期間中の付添（ ☐ 全入院期間中 ☐ 週 回程度 ☐ 入院期間中数回で良い）			
自宅での介護（ ☐ 全介助を必要とする。 ☐ 一部介護			
特記（			
上記のとおり診断します。			
令和 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。

※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 三宅町健康子ども局健康子ども課（電話 0745-43-3580）