診　　断　　書

〔看護・介護証明用〕

※施設等利用給付認定申請の際には、別紙「看護（介護）申立書」を添付してご提出ください。

【診断を受ける方】

氏名：

生年月日：　　年　　月　　日

住所：

初診年月日：　　年　　月　　日

病名：	症状：
入院期間： 年　月　日から 年　月　日まで ※入院期間に家族による常時の看護を 1．　要する　　2．　要さない	看護・介護が必要と推定される期間： 年　月　日から 年　月　日まで **※長期療養を要する場合は、令和7年度の期間をご記入ください。**

診断を受ける方に対する看護・介護の必要度について（該当するもの一つにチェック☑をご記入ください。）

≪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く、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せず、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（介助不要）。

≪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。
- ☐　精神的な疾患はあるが治療等により落ち着いており、基本的に日常生活は営める（看護不要）。

診断書作成年月日

年　　月　　日

医療機関名

住所

医師名　　印

※この診断書は、施設等利用給付認定申請の際に児童を保育できない理由および必要度を確認するための資料として使用します。

保護者記入欄	
	児童氏名：　（　　）
	在園状況：　新規申込　・　在園　（　　）
	【診断を受けた方を看護・介護する方】 氏名：　　児童との続柄：　父・母・その他（　　） 住所：

※「看護・介護が必要と推定される期間」を保育を必要とする期間とみなします。症状が軽減されましたら子ども家庭課までご連絡ください。

【お問い合わせ】　嘉手納町役場 子ども家庭課 保育支援係　０９８－９５６－１１１１（内線１２３）