

# 診 断 書 (児童クラブ用)

※親族の介護・看護理由用

氏名		生年月日	年 月 日
住所			
(病名)		初診日(発病年月日) 年 月 日	
入院歴 無・有 ⇒	( 年 月 日 予定・確定 から	年 月 日 予定・確定)	
手術歴 無・有 ⇒	( 年 月 日 予定・確定 から	年 月 日 予定・確定)	
病状及び所見(生活や運動の制限、児童を保育できない状況について具体的にご記入ください。)			
日常生活の制限・介助の必要性について該当するものにチェックしてください。			
(1) 起き上がり・寝返り ⇒	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(2) 歩行について ⇒	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(3) 入浴・排泄について ⇒	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(4) 食事について ⇒	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(5) 着脱について ⇒	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他 ( )
◆ 医学的見地から患者に対しては「付き添い(介助)が必要」ですか。			
<input type="checkbox"/> 自立できているため必要なし			
<input type="checkbox"/> ( 自宅・病院、施設等 ) での、( 部分的な付き添い・全介助 ) を要する。			
⇒ 通院または療養(見込み)期間			
( 年 月 日 から 年 月 日 まで ) / 月 ・ 週 回			
上記のとおり診断いたします。			
		(診断書作成年月日) 平成 年 月 日	
所在地			
医療機関名			
医師名		印	
電話番号			

※介護従事者が記入すること ※介護に関するもののみ記入すること

看護・介護状況	介護者氏名		住所	
	介護時間	月 ( ) 日 / 週 ( ) 日 1日平均 ( ) 時間		
	1日の流れ	※何時から何時まで介護しているのか等、介護の1日の流れをご記入ください。		

--	--	--

保護者記入欄	児童名		診断を受けた方と児童の続柄
	生年月日		