

診 断 書 (児童クラブ用)

(様式3)

※親族の介護・監護理由用

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
手術歴	無・有 ⇒ (	年	月	日	予定・確定 から
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) 令和 年 月 日					
所在地					
医療機関名					
医師名					
電話番号					

※上記部分について、疾病の時は必須。障害者手帳等があれば、これに変わることができます。

※介護従事者が記入すること ※介護に関することのみ記入すること

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		診断を受けた方の、児童から見た続柄
	生年月日		