

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 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 ⇒ ☐ 全介助 ☐ 一部介助 ☐ 自立 ☐ その他 ()					
(2) 歩行について ⇒ ☐ 不可 ☐ 一部介助 ☐ 自立 ☐ その他 ()					
(3) 入浴・排泄について ⇒ ☐ 全介助 ☐ 一部介助 ☐ 自立 ☐ その他 ()					
(4) 食事について ⇒ ☐ 全介助 ☐ 一部介助 ☐ 自立 ☐ その他 ()					
(5) 着脱について ⇒ ☐ 全介助 ☐ 一部介助 ☐ 自立 ☐ 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。					
☐ 自立できているため必要なし					
☐ (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 ※介護に関する事のみ記入すること

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		