

診 断 書

【保護者等の疾病又は障害等】

氏 名 _____ 様

住 所 _____

病 診 断 名 _____

初 診 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

状 況 ・ 今 後 例：〇〇年〇月〇日より入院手術。今後も外来（通院）にて、薬物療法を継続していく予定等。

※当てはまる箇所にシ点を記入してください。

	入院1か月以上
	寝たきりの状態1か月以上
	精神性疾患・感染症疾患
居宅療養	一般療養（1か月以上安静を要する状態）
	一般療養（週3回以上の通院）
	一般療養（週3回未満の通院）
心身障害	身体障害者手帳1・2級、療育手帳A、要介護認定3・4・5程度
	身体障害者手帳3・4級、療育手帳B、要介護認定1・2程度
	上記以外の障害

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名：

住 所 ：

診 療 科 ：

担 当 医 ：

印

※医師の証明または手帳・認定証の写しを添付してください。

看護・介護に関する事項

【保護者等の看護・介護】

・看護(介護)者	氏 名	様
	住 所	

・被看護(介護)者	氏 名	様
	住 所	
	続 柄	

病 名
診 断 名

※当てはまる箇所にレ点を記入してください。

看護状況	入 院	(年 月 日頃以来)
	通 院	(週 日)
	在 宅	(同 居)
	在 宅	(別 居)

	月20日以上 1日8時間以上の付添い
	月20日以上 1日6時間以上8時間未満の付添い
	月20日以上 1日4時間以上6時間未満の付添い
	月16日以上 1日8時間以上の付添い
	月16日以上 1日6時間以上8時間未満の付添い
	月16日以上 1日4時間以上6時間未満の付添い
	上記以外の付添い
	重度心身障害者(身体障害者手帳1・2級)、要介護者(要介護認定4・5程度)等の全介助
	常時観察及び介護(食事、排泄又は入浴の介護(要介護認定1・2・3程度)が必要
	要支援者等
	寝たきりの状態である親族の介護

※診断書原本・入通院記録のわかるもの、介護保険証等の写しを添付してください。