

## 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。