

診 断 書

〈 看 護 ・ 介 護 用 〉

診 断 を 受 け る 方	住 所		生年月日	年 月 日
	氏 名		児童と の続柄	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 その他()
主 た る 病 名 (初 診 日)	① 傷病名		初 診 日 (	昭 和 平 成 令 和 年 月 日)
	② 傷病名		初 診 日 (	昭 和 平 成 令 和 年 月 日)
	③ 傷病名		初 診 日 (	昭 和 平 成 令 和 年 月 日)
療 養 計 画	1 入院加療を要する(年 月 日 ~ 年 月 日) ※ 入院期間中の家族による看護 1. 要する(1日あたり()時間程度) 2. 要しない			
	2 通院加療を要する(通院:月あたり()回・(年 月 日 ~ 年 月 日) ※ 療養期間中の家族による日常の看護 1. 要する(1日あたり()時間程度) 2. 要しない			
病 状	病状等から該当する項目をチェックしてください。 ☐ 基本的に日常生活は営める(介助不要) ☐ 基本的に日常生活は営めるが、入浴等に一部介助が必要。 ☐ 立ち上がりや歩行が安定しない。排泄、入浴などに一部介助が必要。 ☐ 起きあがり、寝返りが自分では難しい。排泄、入浴などに一部または全部の介助が必要。 ☐ 起きあがり、寝返りが自分ではできず、排泄、入浴、衣服の着脱などに介助が必要。 ☐ 入浴・排泄・衣服の着脱など多くの日常の行為に全面的な介助が必要。 ☐ 生活全般において、全面的な介助が必要。			
病 状 に 関 す る 特 記 事 項				
上記のとおり診断する。 診断書作成年月日 令和 年 月 日 医 療 機 関 名 住 所 電 話 番 号 医 師 名 印				

※ この証明書は、保育所入所申込みのために必要な添付書類として使用します。

※ 修正等がある場合は、訂正箇所にも二重線を引き、訂正印を押印してください。

連絡先: 恩納村役場 こどもみらい課 こども支援係 TEL: 098-966-1217

看護（介護）状況申告書

恩納村長 殿

令和 年 月 日

下記のとおり、看護（介護）をしているため、家庭にて保育することができませんので、申告いたします。

報告者住所	
報告者氏名	印
電話番号	

看護・介護にあたる方（申告者）	住所		生年月日	年 月 日							
	氏名		児童との続柄	父・母・祖父・祖母 その他（ ）							
看護・介護が必要な方	住所		生年月日	年 月 日							
	氏名		児童との続柄	父・母・祖父・祖母 その他（ ）							
看護・介護が必要な方	☐ 身体障害者手帳 種 号級（手帳の写しを添付） ☐ 療育手帳 度（手帳の写しを添付） ☐ 精神障害者福祉保健手帳 級（手帳の写しを添付） ☐ 介護保険手帳 要介護（ ）級・要支援（ ）級（手帳の写しを添付） ☐ その他の疾病（病名： ）										
看護・介護の状況	① 該当する項目をチェックしてください。										
	歩 行 ☐ 一人できる ☐ 一部介助 ☐ 全介助	食 事 ☐ 一人できる ☐ 一部介助 ☐ 全介助	入 浴 ☐ 一人できる ☐ 一部介助 ☐ 全介助	排 泄 ☐ 一人できる ☐ 一部介助 ☐ 全介助							
	② 看護・介護日数 ・ 看護、介護にあたっている日数 （ 1 週 ・ 1 月 ） あ た り （ ） 日 ・ 通院、通所に付き添う日数 （ 1 週 ・ 1 月 ） あ た り （ ） 日										
	③ 医療・介護制度等利用 1. 訪問（看護・介護）の利用 1 日（ ）時 間 ・ 1 週（ ）日 利用 2. デイケア等の利用 1 日（ ）時 間 ・ 2 週（ ）日 利用										
1日の平均的な看護（介護）スケジュール	7時	8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時
	18時	19時	20時	そ の 他 特 記 事 項							

入所（希望）児童	児 童 氏 名	児 童 生 年 月 日	保 育 所 名
		H・R . .	保育所（入所中・申込中）
		H・R . .	保育所（入所中・申込中）
		H・R . .	保育所（入所中・申込中）

※ 別紙の、「診断書（看護・介護用）」を添えて提出してください。