

診 断 書 (保育の必要な理由が、疾病・障害の事由に該当する方用)

(あて先) 皆野町長

氏 名		生年 月 日	大・昭 平・令	年	月	日生(歳)
傷 病 名						
初 診 日	年	月	日 (頃)	治療期間 (見込)	年	月頃まで・不明
入 院 期 間 (歴)	現在	年	月	日 ~	年	月 日
	過去					
外来通院回数	1 週間に		回	または	1 ヶ月に 回	
総合所見						
現 在 の 状 態 (当てはまるものに○をつけてください。)						
身的 疾患	<p><身的疾患 日常生活能力の程度></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 身のまわりのことはほとんどできない 2. 日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする 3. 日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする 4. 日常生活または社会生活に一定の制限をうける <p><身的疾患 保育を必要とする程度></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自身の起居にも困難があり、育児はできない状態である 2. 自身の身の周りのことはできるが、育児はできない状態である 3. 患者の症状改善のため、週5日以上育児を休むことが望ましい 4. 患者の症状改善のため、週3日程度育児を休むことが望ましい 					
※裏面へ続く (心的疾患は裏面になります)						

