

※保護者記入欄

| | | | | |
|--------------|------|--------------------|-------|---|
| フリガナ 児童氏名 | 生年月日 | 年 月 日生 | 利用施設名 | 園 |
| 保護者氏名 | 住所 | | | |
| 証明を受ける方の氏名 | | 児童との続柄 父・母・その他 () | | |

※医療機関記入欄

| 診 断 書 | | | | |
|---------------------|---|---------|--------|-------|
| (施設型給付認定申請用) | | | | |
| 患者住所 | | _____ | | |
| 氏名 | | _____ | | |
| 生年月日 | | 大・昭・平・令 | 年 月 日生 | |
| 1 病名 | _____ | | | |
| 2 経過状況及び所見 | (仕事・家事・育児への制限を含めご記入ください。) | | | |
| 3 初診日 | 年 月 日 | _____ | | |
| 4 入院期間 | 年 月 日～ | 年 月 日 | _____ | |
| 5 通院及び 今後の療養期間 | <input type="checkbox"/> 通院(週 日) | 通院完了予定日 | 年 月 日 | _____ |
| | <input type="checkbox"/> 往診(週 日) | 往診完了予定日 | 年 月 日 | _____ |
| | <input type="checkbox"/> 投薬のみ | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | | 完了予定日 | 年 月 日 | _____ |
| 6 日常生活について | <input type="checkbox"/> 日常生活に問題ない | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日常生活は概ねできるが、他者の援助を必要とすることがある。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日常生活の一部は、他者の援助なしにはできない。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日常生活の大半は他者の援助が必要である。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 身の回りのことはほとんどできず、常に他者の援助が必要である。 | | | |
| 7 小学校就学前の 子どもの育児 | <input type="checkbox"/> 特段の制限はなく、育児を行うことは可能である。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 概ね育児は可能だが、症状の安定・改善のためには一部育児の援助が望まれる。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 育児が難しい場合が多く、症状の安定・改善のためには継続的な育児の援助が望まれる。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 育児をすることは非常に難しい状態であり、早急に育児の援助が必要である。 | | | |
| 上記のとおり診断します。 | | 令和 | 年 月 日 | _____ |
| | | 医療機関名 | _____ | |
| | | 所在地 | _____ | |
| | | 担当医師名 | _____ | |