

診 断 書

【 保護者記入欄 】

入所施設名	(ふりがな) 入所児童名
-------	-----------------

【 医療機関記入欄 】

患者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	病 名	
医師所見		
		認知症高齢者の場合(いずれかに○をつけてください) 認知症高齢者の日常生活自立度【 I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M 】

該当番号に○を

1. 上記の者は、【 ①入院中である ②常時寝たきりである ③安静を要する ④長期通院を要する 】
ため、児童の保育ができないと認める。
2. 上記の者は、【 ①全介護 ②一部介護 】 の必要性を認める。

通院・往診の場合	治療期間(見込み)	年 月 日 ~ 年 月 日
	回 数	週()回程度の通院・往診を要す
入院の場合	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日

上記の通り診断します。

令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

担当医師名

- (注)1 この診断書は、3か月以内に発行されたものに限ります。
2 診断書の医療機関の押印は不要です。診断書を無断で作成し、または改変等を行ったときには、有印私文書偽造罪等に該当するおそれがあります。
3 記載内容が事実と異なる場合は、保育所等の入所又は施設等利用給付認定を取り消すことがあります。