

保護者氏名

※医療機関記入欄

氏名 介護・看護を受ける方	生年月日	年 月 日
住所		
診断名	初診日（発病年月日） 年 月 日	
入院の有無	有・無	◆有の場合は入院期間もご記入ください。 年 月 日 から 年 月 日 [予定・確定]
病状及び所見（日常生活において、介護・看護が必要な状況について具体的にご記入ください。）		
日常生活の制限・介助の必要性について該当するものにチェックしてください。 (1) 起き上がり・寝返り ⇒ <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他 () (2) 歩行について ⇒ <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他 () (3) 入浴・排泄について ⇒ <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他 () (4) 食事について ⇒ <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他 () (5) 着脱について ⇒ <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他 ()		
◆医学的見地から患者に対しては「付き添い（介助）」が必要ですか。 <input type="checkbox"/> 自立できているため「付き添い（介助）」の必要無し。 <input type="checkbox"/> 【 自宅・病院や施設等 】での、【 部分的な付き添い・全介助 】を要する。 ⇒通院または療養期間（見込みで構いません） 【 年 月 日 から 年 月 日まで】 ⇒通院頻度 【1か月に 回】または【週に 回】		
上記のとおり、証明します。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> 医療機関名 所在地 医師名		

※ここからは介護・看護従事者が記入すること。記入内容は介護・看護に関することのみ。

介護・看護状況	介護者氏名	住所																						
	介護時間	月 () 日 / 週 () 日 1日平均 () 時間																						
	1日の流れ	6時	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	21時	22時	23時	24時	1時	2時	3時	4時

保護者記入欄	児童名	生年月日	施設名	児童との続柄
		H・R 年 月 日	(在園・新規)	父・母 祖父・祖母
		H・R 年 月 日	(在園・新規)	
	H・R 年 月 日	(在園・新規)		