

主治医意見書（看護・介護用）

患者氏名		患者生年月日	年 月 日
患者住所			
傷病名			
初診日	年 月 日		
病状及び所見			
通院について (見込み)	必要・不要 ※必要に○をつけた場合は下記の①～③欄も記入してください。		
	①通院期間： 年 月 日 から 年 月 日頃まで □終了時期は未定		
	②通院頻度： 週 回・月 回 ③日常生活における家族の看護及び介護： □要する ・ □要しない		
入院について (見込み)	必要・不要 ※必要に○をつけた場合は下記の①～②欄も記入してください。		
	①入院期間： 年 月 日 から 年 月 日頃まで □終了時期は未定		
	②入院時の家族の看護及び介護： □要する ・ □要しない		
加療期間 (見込み)	年 月 日 から 年 月 日頃まで		
<p>【医学的見地からの現在の状態】 ※該当する選択肢に☑してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 基本的に日常生活は営めるが、入浴等に一部介助が必要である。</p> <p><input type="checkbox"/> 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である。</p> <p><input type="checkbox"/> 起き上がり・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である。</p> <p><input type="checkbox"/> 起き上がり・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である。</p> <p><input type="checkbox"/> 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である。</p> <p><input type="checkbox"/> 生活全般において、全面的な介助が必要である。</p>			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 医療機関の名称 所在地・電話番号 担当医師名 (印)</p>			

※この診断書は施設入所にあたっての必要性を確認するために使用します。

保護者記入欄	ふりがな 児 童 名	生年月日	施設名	<input type="checkbox"/> 申込 <input type="checkbox"/> 内定 <input type="checkbox"/> 入所(園)中
		年 月 日	保育所(園)	