

保護者記入欄	保育関係施設名	児童氏名	認定者番号※既に認定済みの場合のみ記入
	受診者と児童との続柄 ※いずれかに○ 父・母・子 祖父・祖母 その他( ) ※祖父・祖母・その他は同居の場合のみ必要		

※ 複数の児童を申し込まれている場合、全ての児童氏名を記入してください。診断書(意見書)は保護者1人につき1部の提出で結構です。

※ 現在の施設を継続する場合の保育関係施設名は継続する施設を、新規で申し込まれる場合は第1希望の施設を記入してください。

介護・看護者記載欄	介護・看護者氏名 ※介護・看護従事者	生年月日	年 月 日
	介護・看護者住所	性別	男・女
	介護保険の適用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※ <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 有の場合 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
	介護サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※添付書類 <input type="checkbox"/> 添付無 <input type="checkbox"/> 添付有 介護サービス利用計画(ケアプラン)、介護予防ケアプラン等利用状況の判る書類	
	障害福祉サービスの適用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※ <input type="checkbox"/> 支援区分1 <input type="checkbox"/> 支援区分2 <input type="checkbox"/> 支援区分3 <input type="checkbox"/> 有の場合 <input type="checkbox"/> 支援区分4 <input type="checkbox"/> 支援区分5 <input type="checkbox"/> 支援区分6	
	障害福祉サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※添付書類 <input type="checkbox"/> 添付無 <input type="checkbox"/> 添付有 障害福祉サービス等利用計画等利用状況の判る書類	
	看護・介護従事時間	時 分～ 時 分 (実働 時間 分/休憩 時間 分)	
	従事日数	1か月 日 ※不規則の場合、各月の平均(小数点以下四捨五入)を記入してください。	

※介護サービス利用計画(ケアプラン)、介護予防ケアプラン、障害福祉サービス等利用状況の判る書類の添付がある場合は、下記の医療機関の証明は不要です。

【看護・介護用】

診断書(意見書)

〔診断書(意見書)の目的〕

この診断書(意見書)は、保育の実施を希望する児童の保護者が、傷病等により家庭において必要な保育を行うことが困難であることを市が確認するための書類です。

※ 必要事項を記入または該当するものに○を付してください。

医療機関記入欄	受診者氏名 ※介護・看護の必要な方	生年月日	年 月 日	
	受診者住所	性別	男・女	
	傷病名	初診年月日	年 月 日	
	傷病の経過・治療状況及び所見			
	入院又は治療・療養・静養に要する期間	入院	年 月 日～ 年 月 日まで予定	
		通院	年 月 日～ 年 月 日まで予定	
		通院頻度	週 回 及び 月 回	
		療養・静養	年 月 日～ 年 月 日まで予定	
	現在の状態からの医学的見地 ※該当する番号を○で囲み、特記すべきことがあるときはご記入ください。	(介助状況)		
		1. 基本的に日常生活は営める(介助不要)。		
2. 基本的な日常生活は営めるが、入浴等に一部介助が必要である。				
3. 立ち上がりや歩行が安定せず、排泄・入浴等に一部介助が必要である。				
4. 起き上がり、寝返りが自分では難しい。排泄・入浴等に一部介助が必要である。				
5. 起き上がり、寝返りが自分ではできず、排泄・入浴等に全部の介助が必要である。				
6. 入浴・排泄・衣服の着脱等多くの日常の生活行為に全面的な介助が必要である。				
7. 日常生活全般において、全面的な介助が必要である。				
(特記事項)				

上記のとおり診断します。

診断書作成日: 年 月 日

医療機関名:

所在地:

医師名:

電話番号:

【問い合わせ先】 いちき串木野市役所 TEL0996-33-5618(係直通)