

診 断 書

(放課後児童クラブ入所申込用)
保護者及び同居者用/看護・介護用

様式D

申請児童保護者 住 所 氏 名	児童氏名 生年月日 平成 年 月 日 学 校 名
<診断を受ける方> 住 所 氏 名 生年月日 M ・ T ・ S ・ H 年 月 日 児童との続柄 ()	

申請者が記入

病名	初診年月日(発病年月日) 年 月 日
症状等から該当するものにチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 軽症であるが、定期的通院を要しない。 <input type="checkbox"/> 軽症であるが、定期的通院を要する。 <input type="checkbox"/> おおむね3～6ヶ月間の治療を要する。 <input type="checkbox"/> おおむね6ヶ月以上の長期的治療を要する。 <input type="checkbox"/> 常時、安静が必要、または臥床状態である。	日常生活及び子どもの世話へ該当するものにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 育成への支障はない。 <input type="checkbox"/> 育成への支障は少ない。 <input type="checkbox"/> 育成に一部支障がある。 <input type="checkbox"/> 育成に支障がある。 <input type="checkbox"/> 育成は不可能である。

看護・介護が必要な方は該当するものにチェックしてください。

基本的に日常生活は営める(介助不要)。
 基本的に日常生活が営めるが、入浴時に一部介助が必要
 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
 起き上がり、寝返りが自分で難しい。排泄、入浴などに一部または全部の介助が必要
 起き上がり、寝返りが自分ではできず、排泄、入浴、衣服の着脱等に介助が必要
 入浴・排泄・衣類の着脱など多くの日常の行為に全面的な介助が必要
 生活全般において、全面的な介助が必要

症状及び所見(主に育児に関しての所見をご記入ください。)

医師が記入してください

通院及び 自宅療養 見込期間	平成・令和 年 月 日から	入院 期間	平成・令和 年 月 日から
	平成・令和 年 月 日まで 週 回 又は月 回		平成・令和 年 月 日まで

令和 年 月 日
(診断書作成年月日)

住 所
検診医 医療機関名
医 師 名 印