②介護看護付添用

診　断　書

年　　月　　日

（あて先）成田市長

医療機関名
所在地
電話番号
医師名　　印

下記のとおり診断します。

①患 者 氏 名		②生年月日	年　　月　　日
③診　断　日	年　　月　　日		
④傷　病　名			
⑤症　　状			
⑥治 癒 見 込	年　　月　　日頃まで　・　未定		
⑦日 常 生 活 能力の程度	ア ：常時援助（介護）を必要とする		
	イ ：部分的に他の援助（介護）がないと生活できない		
	ウ ：保育所での保育が必要なほど日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける		

※⑦については、いずれか該当するものに〇を付けて下さい。

※保育所等は、保護者が家庭において十分な保育ができない状態のときに、家庭にかわって保育を行う施設です。本様式は入所に際し、家庭での児童の保育が困難であることを証明していただくためのものです。

（以下保護者記入欄）

児童と患者との続柄	父　母　祖父　祖母　きょうだい　その他（　　）		
入所（希望）施設名		児童名	（　　年　　月　　日生）
			（　　年　　月　　日生）
			（　　年　　月　　日生）