

※保護者記入欄

利用(希望)施設名		申請者氏名		新規・継続	0歳 年少 1歳 年中 2歳 年長
児童氏名	児童氏名	児童氏名			
令和 年 月 日生()歳	令和 年 月 日生()歳	令和 年 月 日生()歳			

※医師記入欄

診断書

(給 付 認 定 申 請 書)

患 者 住 所 千曲市

氏 名

生 年 月 日 西暦・昭・平・令 年 月 日

1 病 名

2 現在の病状

3 初 診 日 年 月 日 ※診断書作成医療機関における上記病状に係る初診日

4 加療の方法・頻度・見込期間

該当する全ての項目にチェックの上、同方法における加療の頻度や見込期間についてご記入ください。

☐ 入 院 入院開始(予定)日 年 月 日 退院予定日 年 月 日

☐ 通 院 (週 日) 通院完了予定日 年 月 日

☐ 往 診 (週 日) 往診完了予定日 年 月 日

☐ 投薬のみ 投薬完了予定日 年 月 日

☐ その他 ()

上記方法における加療完了予定日 年 月 日

5 生活能力の程度

☐ 日常生活は自立的にできる。

☐ 日常生活は概ねできるが、他者の援助を必要とすることがある。

☐ 日常生活の一部は、他者の援助なしにはできない。

☐ 日常生活の大半は、他者の援助が必要である。

☐ 身の回りのことはほとんどできず、常に他者の援助が必要である。

6 加療期間における保育能力の程度

※患者が乳幼児の親であるとき

☐ 療養の必要性を認めるが、乳幼児の保育はできる。

☐ 乳幼児の保育は概ねできるが、他者の援助を必要とすることがある。

☐ 乳幼児の保育の一部は、他者の援助なしにはできない。

☐ 乳幼児の保育の大半について、他者の援助が必要である。

☐ 乳幼児の保育はほとんどできず、常に他者の援助が必要である。

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日 医療機関所在地

医療機関名

担当医師名