

介護・看護状況申立書

年 月 日

東彼杵町長 様

氏名

住所

電話番号

ふりがな			
園児氏名			
生年月日	H・R 年	月	日
施設名			
ふりがな	<input type="checkbox"/> 施設名は上記と同じ		
園児氏名			
生年月日	H・R 年	月	日
施設名			
ふりがな	<input type="checkbox"/> 施設名は上記と同じ		
園児氏名			
生年月日	H・R 年	月	日
施設名			

※ 申込中の場合は第1希望の施設名をご記入ください。

【介護・看護】 ※ 医療機関記入欄(診断書料が必要です。)

患者氏名	子どもの	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()
受診状況	<input type="checkbox"/> 入院加療 <input type="checkbox"/> 通院加療(月・週 日程度) <input type="checkbox"/> 自宅療養	
病名		
症状		
治療見込期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで	
介護・看護内容について	A 家族等の日常の介護・看護を <input type="checkbox"/> 要する <input type="checkbox"/> 要しない	
	B 日常の介護・看護を要する場合、症状等から要する該当項目に☑をつけてください。	
	<input type="checkbox"/> 入浴・排せつ・食事の介護	<input type="checkbox"/> 洗濯・掃除・料理の家事援助
	<input type="checkbox"/> 徘徊に対する探索、不潔な行為に対する後始末等 <input type="checkbox"/> 輸液の管理、じょく瘡の処置等の診療の補助等	<input type="checkbox"/> 歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練 <input type="checkbox"/> その他()
手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳() <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援(利用しているサービス)	
その他		
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機関 住所 医師名 印		

※ 上記内容を審査した上で、保育が必要でないと判断した場合は、利用(継続)を承諾いたしかねますので、ご了承ください。