病人介護用

診 断 書

廿日市市長　様

傷病者氏名		住所	
生年月日等	年　月　日　　□ 男　□ 女		
病名			
症状			
加療見込期間	(開始)　年　月　日　(終了)　年　月　日		
当該人の介護の要否についてのご意見 (該当項目に○印のご記入をお願いします。)	1　疾病により介護が必要である。 2　介護は不要である。		

年　月　日　　医療機関名

所在地

医師名　　印

保護者記載欄

保護者(看護者)氏名	傷病者との続柄	住所

看護者が介護をしなくてはならない理由**※看護者と傷病者の住所が異なる場合に記入してください。**

フリガナ 児童名	生年月日	令和	年	月	日	保育施設名
フリガナ 児童名	生年月日	令和	年	月	日	保育施設名
フリガナ 児童名	生年月日	令和	年	月	日	保育施設名
フリガナ 児童名	生年月日	令和	年	月	日	保育施設名

※申込中の場合は第1希望の施設名をご記入ください。

20261101