

診 断 書

鹿児島市保育幼稚園課、各支所福祉課・保健福祉課提出用

氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
介護・看護が必要な理由 (病名・症状)	
受診等の状況 (該当項目に○印のご記入 及び□にチェックをしてくだ さるようお願いいたします。)	1 年 月 日 から 入院中 ・ 入院予定 である。 2 1か月に 日、治療のため通院中である。 3 下記の状況により自宅療養を要する。 ☐ 常時寝たきりである。 ☐ 常に安静を要する。 ☐ その他()
治 療 見 込 期 間	(開始) 年 月 日 (終了) 年 月 日 ・ 未定
当該人の介護・看護等 についてのご意見 (該当項目に○印のご記入 及び□にチェックをしてくだ さるようお願いいたします。)	1 下記の理由により、常時介護・看護あるいは付き添いが必要である。 ☐ 長期入院(1か月以上)または常時寝たきりの状態である。 ☐ 常に安静を要する。 ☐ 上記以外() 2 介護・看護あるいは付き添いが常時必要ではない。
介 護 者 氏 名	
年 月 日 医 療 機 関 名 所 在 地 医 師 名 印	

※この書類に関する費用等の負担は請求者(患者)になります。

【保護者記入欄】

児童氏名	(年 月 日生)	施設名※
保護者氏名	続柄：児童の()	

※申込中の場合は第1希望の施設名をご記入ください。