

# 診 断 書

患者	住 所				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	( 歳 )
	病 名				
医師所見					
		認知症高齢者の場合 認知症高齢者の日常生活自立度【 I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M 】			

該当番号に○を

1. 上記の者は、【 ①入院中である ②常時寝たきりである ③安静を要する ④長期通院を要する 】  
ため、児童の保育ができないと認める。

2. 上記の者は、【 ①全介護 ②一部介護 】 の必要性を認める。

通院・往診の場合	治療期間(見込み)	年 月 日 ~ 年 月 日
	回 数	週( )回程度の通院・往診を要す
入院の場合	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日

上記の通り診断します。

年 月 日

医療機関住所

医療機関名

担当医師名 印

**保護者の記入欄**

宇治市福祉事務所長 宛て

保護者氏名 印

(注)1 この診断書は、3か月以内に発行されたものに限ります。太枠内は、医療機関にてご記入をお願いします。

2 申立欄の内容が事実と異なる場合は、保育所等入所を取り消すことがあります。

3 原則、通院の場合の保育必要量は短時間(8時間)、入院の場合の保育必要量は標準時間(11時間)となります。