宇治市様式

診　断　書（介護・看護要件用）

【保護者記入欄】

施　設　名:　　利用中 ・ 申込中

児　童　名:

生 年 月 日:

【医療機関記入欄】 ※この様式は、宇治市HPからダウンロードできます。

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（いずれかに〇をつけてください） 認知症高齢者の日常生活自立度【 Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M 】	

該当番号に〇をしてください。

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・往診を要する
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

（注） 1. この診断書は、事実と違わぬように医療機関にてご記入をお願いします。なお、3か月以内に作成されたものに限ります。
2. 記載内容が事実と異なる場合は、保育所等入所又は施設等利用給付認定を取り消すことがあります。