

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○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○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。