

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。