

(沖縄市放課後児童クラブ入会申込用)

診 断 書 (看 護 ・ 介 護 用)

〔診断を受ける方〕	
氏 名 :	児童との続柄: 児童の年齢
生 年 月 日 :	昭 ・ 平 年 月 日生
住 所 :	
電 話 番 号 :	(自宅) - - (携帯) - -
〔初診年月日〕	〔日常の看護の必要性〕
昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日	有 ・ ある程度必要 ・ 無
〔病 名〕	〔症 状〕
〔所 見〕(どの程度看護・介護が必要か、できるだけ詳しく記入をお願いいたします)	
〔通 院〕	〔入 院〕
週 回 又は月 回	年 月 日から 年 月 日まで
医療機関名	年 月 日 (診断書作成月日)
住 所	
医 師	印

※ この診断書は、沖縄市放課後児童クラブ入会申込の添付書類として使用します。

家族を介護する場合に記入して下さい。	
①介護保険の認定	有 ・ 無 ※ 有の場合は介護保険証の写しの提出もお願いします。 ⇒有の方のみ 要介護度() 受給サービス内容：デイサービス(週 回) デイケア(週 回)
②介護に要する時間	午前・午後 時～午前・午後 時まで
③介護協力者	有・無 協力者名(続柄)[]