

# 被 看 護 者 に 係 る 診 断 書

⑤

(保育を必要とすることを証明する書類)

保護者氏名 (看護者)		被看護者 との続柄	
子ども氏名	生年月日		在籍施設又は入所申込施設の名称
	平成・令和	年 月 日	
	平成・令和	年 月 日	
	平成・令和	年 月 日	

※医師の診断により常時看護の必要性が認められない場合は、常時看護による保育の必要性は認められません。

※被看護者が乳児（0歳）の場合は、家庭において医療的ケアが常時必要でなければ保育の必要性は認められません。

医 師 記 入 欄			
(あて先) 松江市長		令和	年 月 日
次のとおり診断します。		所在地	
		医療機関名	
		医師名	印
患者氏名	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日
1. 病 名			
2. 現在の病状			
常時看護が必要と診断される場合は、常時看護が必要となる症状について分かりやすく記載してください。			
3. 初 診 日	平成・令和	年 月 日	※本書作成の医療機関における上記病状に係る初診日をいう。
4. 加療の状況	<input type="checkbox"/> 入院 入院日又は入院予定日 平成・令和 年 月 日 該当する項目に☑してください。 退院予定日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 通 院 月 回 又は 週 回 <input type="checkbox"/> 訪問診療 月 回 又は 週 回		
5. 投薬の状況	<input type="checkbox"/> 投薬あり ➡投薬内容 [例：向精神薬 ] 該当する項目に☑してください。 <input type="checkbox"/> 投薬なし		
6. 治癒の見込	<input type="checkbox"/> 治癒可能 ➡療養期間 平成・令和 年 月 ～ 令和 年 月 (見込) 該当する項目に☑してください。 <input type="checkbox"/> 治癒困難 (症状固定)		
7. 常時看護の必要性	<input type="checkbox"/> 家庭において常時看護の必要はない。 該当する項目に☑してください。 <input type="checkbox"/> 家庭において常時看護の必要はあるが、医療的ケアは常時必要ない。 ※患者が乳児（0歳）の場合は、保育を必要とする事由に該当しません。 <input type="checkbox"/> 家庭において常時看護の必要があり、医療的ケアも常時必要である。		
8. 家庭において必要な医療的ケアの内容			

(注) 「医療的ケア」とは「喀痰吸引」、「経管栄養」といった医行為（医療行為）に相当するものをいう。

※必要事項が全て記載されていない診断書では審査ができないため受理できません。御注意ください。