

診 断 書 （親族の看護・介護）

患者氏名： _____ 様

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 病 名

2. 現在の状態 該当する項目にチェックをお願いいたします。

- ☐ 通院加療 → 通院頻度（1ヶ月当たり _____ 日）
- ☐ 入 院 中（期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・ 未定 ）
- ☐ 常時臥床
- ☐ そ の 他（ _____ ）

3. 患者本人に対する親族等の看護・介護の必要性

該当する項目にチェックをお願いいたします。

- ☐ 親族等からの看護又は介護を要する
（看護又は介護の内容・1日当たりの時間等）

- ☐ 付き添いで親族等の入院を要する

- ☐ 看護又は介護を要しない

上記のとおり診断する。

証 明 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医 師 名

※ この診断書、あるいは同内容を具備する診断書をお願いいたします。