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。