

看護・介護等のスケジュール 令和 年 月 日  
(保育所等入所用)

住 所 碧南市

児 童 名

保護者名

患 者 名 (保護者との続柄： )

私は、次の事由に該当するため家庭で園児の保育ができません。なお平均的な1週間のスケジュールは下記のとおりです。

|     | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | 日曜日 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 7時  |     |     |     |     |     |     |     |
| 8時  |     |     |     |     |     |     |     |
| 9時  |     |     |     |     |     |     |     |
| 10時 |     |     |     |     |     |     |     |
| 11時 |     |     |     |     |     |     |     |
| 12時 |     |     |     |     |     |     |     |
| 13時 |     |     |     |     |     |     |     |
| 14時 |     |     |     |     |     |     |     |
| 15時 |     |     |     |     |     |     |     |
| 16時 |     |     |     |     |     |     |     |
| 17時 |     |     |     |     |     |     |     |
| 18時 |     |     |     |     |     |     |     |
| 19時 |     |     |     |     |     |     |     |
| 20時 |     |     |     |     |     |     |     |

※平均的な1週間の状況を記載してください。

(特記事項、具体的に記入)

|  |
|--|
|  |
|--|

※保護者自身で記入してください。

※裏面に記載例があります。

※患者が障害者手帳または介護保険被保険者証がある場合はそのコピーを、ない場合は別紙看護・介護等証明書を主治医が記入、押印のうえ提出してください。

# 看護・介護等のスケジュール

## 記載例

(保育所等入所用)

住 所 **碧南市●●町●●番地**

児 童 名 **碧南 裕二**

保護者名 **碧南 花子**

患 者 名 **碧南 ふみ** (保護者との続柄: **母**)

私は、次の事由に該当するため家庭で園児の保育ができません。なお平均的な1週間のスケジュールは下記のとおりです。

|      | 月曜日    | 火曜日    | 水曜日    | 木曜日    | 金曜日  | 土曜日    | 日曜日    |
|------|--------|--------|--------|--------|------|--------|--------|
| 7 時  | 食事介助   | 食事介助   | リハビリ介助 | 月曜日と同じ | 食事介助 | 月曜日と同じ | 火曜日と同じ |
| 8 時  | 仕度介助   | 仕度介助   | 食事介助   |        | 仕度介助 |        |        |
| 9 時  | 通院介助   | デイサービス |        |        |      |        |        |
| 10 時 | ↓      | ↓      | 通院介助   |        |      |        |        |
| 11 時 | ↓      | ↓      | ↓      |        |      |        |        |
| 12 時 | 食事介助   |        | 食事介助   |        | 食事介助 |        |        |
| 13 時 |        | ↓      | 買い物介助  |        | 通院介助 |        |        |
| 14 時 | リハビリ介助 | ↓      | ↓      |        | ↓    |        |        |
| 15 時 | ↓      | ↓      | 清掃介助   |        | ↓    |        |        |
| 16 時 | ↓      |        |        |        | ↓    |        |        |
| 17 時 |        |        |        |        | ↓    |        |        |
| 18 時 | 食事介助   | 食事介助   | 食事介助   |        | 食事介助 |        |        |
| 19 時 | 入浴介助   | 入浴介助   | 入浴介助   |        | 入浴介助 |        |        |
| 20 時 | 就寝介助   | 就寝介助   | 就寝介助   |        | 就寝介助 |        |        |

※平均的な1週間の状況を記載してください。

(特記事項、具体的に記入)

**患者は足が不自由で身体も自由に動かすことができません。基本的な身の回りの生活(着替、階段の昇降、入浴、外出、通院)において介助が必要となります。**

※保護者自身で記入してください。

※裏面に記載例があります。

※患者が障害者手帳または介護保険被保険者証がある場合はそのコピーを、ない場合は別紙看護・介護等証明書を主治医が記入、押印のうえ提出してください。