病状内容確認書

年　　月　　日

墨田区長　　あて
墨田区福祉事務所長あて

医療機関名	
記入医師名	印

患者の住所	墨田区　　丁目　　番　　号		
患者の氏名			
傷病名			
初診日	年　　月　　日	通院頻度	週　　日又は月　　日
診療状況	入院歴（見込み） 無　・　有（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日頃）		
	手術歴（見込み） 無　・　有（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日頃）		
診療期間(見込)	年　　月　　日～　　年　　月　　日頃		
現在の病状	※ 該当箇所に〇をつけてください 常時病臥　・　常時安静を要する　・　一般療養中　・　完治		
患者の状況 ※　該当箇所に〇をつけてください。 ※　□はどちらかにレ点を入れてください。 ※　必要な場合は（　）の項目にも〇をつけてください。	1　患者さんが保護者である場合、お子さんの保育は可能ですか。 保育不可　・　保育可能		
	2　患者さんが児童の場合、保育園での集団生活が可能ですか。 可能（ 医療行為　□有（投薬、その他）　□無 ）　・　不可 ※ 保育園での生活において注意するべき点がありましたら、特記事項にご記入ください。		
	3　患者さんは介護が必要ですか。 常時必要　・　一部必要（食事・排泄・入浴・移動）　・　不要		
特記事項 あればご記入ください。			

※保護者記入欄（必ず記入してください）
フリガナ
児童名　　（　　年　　月　　日生）
□申込中　／　□在園中（　　保育園　　歳クラス）

※この証明書は、保育の必要性の認定、保育施設の利用調整及び在園のための資料です。
　その他の目的には使用しません。内容について医療機関に照会させていただくことがあります。

問合せ先　：　墨田区福祉事務所子ども施設課入園係　℡０３－５６０８－６１５２（直通）