

# 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 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 <small>該当箇所に 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 をつけてください。</small>	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 <u>保育所等での生活において注意すべき点がありましたら、特記事項にご記入ください。</u>
	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 <small>あればご記入ください。</small>	

保護者記入欄(必ず記入してください)				
児童名		年 月 日生	利用施設名	
児童名		年 月 日生	利用施設名	

この証明書は、保育の必要性の認定や現況確認、認可保育施設の利用調整に利用できる資料です。  
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：認可保育施設利用申込に関すること 墨田区子ども施設課入園係 電話：03-5608-6152（直通）  
施設等利用給付認定申請に関すること 墨田区子ども施設課保育係 電話：03-5608-1583（直通）