

病状内容確認書

年 月 日

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	1 入院歴（見込み） 無 ・ 有（ 年 月 日～ 年 月 日頃）
	1 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 ※ 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。	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・送迎ともに不可 ・ 保育不可 ・ 保育可能
	2 患者さんが保護者である場合、就労は可能ですか。 就労不可 ・ 就労可能だが制限あり ・ 就労可能
	3 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べき点がありましたら、特記事項にご記入ください。
	4 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)

申込中 ・ () 保育施設在園 児童名

※ この書類は保育施設の入園・在園の要件を確認するためのものであり、それ以外の用途で使用することはありません。

問合せ先：墨田区福祉事務所子ども施設課入園係 TEL 03-5608-6152 FAX 03-5608-6404