**【申込児童以外】**

**病状内容確認書**

証明日 　　　　 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** |  |
| **電話番号** |  |
| **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**  ※　該当箇所に○をつけてください。  ※　必要な場合は（　）の項目にも○をつけてください。 | ※ 該当箇所に○をつけてください  １　患者さんはお子さんの保育は可能ですか。  　保育不可　・　保育可能　・　保育送迎不可 | | |
| ※ 該当箇所に○をつけてください  ２　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）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　０３－５６０８－６７１２（直通）