

【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）