**【申込児童用】**

**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 |

**裏面に続きます**

|  |  |
| --- | --- |
| **患者の住所** | 墨田区　　　　　　　　丁目　　　番　　　　　　　号 |
| **患者の氏名** |  |
| **傷病名** |  | **主症状** | 視覚障害、聴覚障害がある場合には、その程度（数値等）も記入 |
| **初診日** | 　　　年　　　月　　　日 | **通院頻度** | 週　　　日又は月　　　日 |
| **これまでの経過****(入院・手術歴等)** |  |
| **今後の経過****(入院・手術見込み等)** |  |
| **診療期間(見込)** | 　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日頃 |
| **保育上の配慮の****必要性** | ※ 該当箇所に○をつけてください１　集団保育　可　・　不可 |
| ※ 該当箇所に○をつけてください２　特別な配慮　必要なし　・　部分的に必要　・　常に必要 |
| ３　具体的な配慮内容を記入 |
| **必要な医療的****ケア**※　ありの場合のみその内容を記入してください。 | ※ 該当箇所に○をつけてください１　有無あり　・　なし |
| ２　医療的ケアの内容 |
| **予測される****緊急時の状況****および対応** | １　状態・頻度 |
| ２　必要な処置 |
| ３　緊急搬送の目安 |
| **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）