

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		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 TEL 03-5608-6152（直通）
03-5608-6712（直通）