【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		
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)	※診療期間の終了時期は、現時点での見立てで構いません。終了時期の目処が立っていない場合は「未定」に〇をつけてください。 年　　月　　日～　　年　　月　　日頃／未定		
現在の病状	※ 該当箇所に〇をつけてください 常時病臥　・　常時安静を要する　・　一般療養中　・　完治		
患者の状況 ※　該当箇所に〇をつけてください。 ※　必要な場合は（　）の項目にも〇をつけてください。	※ 該当箇所に〇をつけてください 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		
	※ 該当箇所に〇をつけてください 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・６７１２（直通）