【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

患者の住所	墨田区		
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)	※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		
保育上の配慮の必要性	※ 該当箇所に〇をつけてください 1　集団保育 可　・　不可		
	※ 該当箇所に〇をつけてください 2　特別な配慮 必要なし　・　部分的に必要　・　常に必要		

裏面に続きます

	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・６７１２（直通）