

# 疾病・障がい状況申告書

三好市長 様

児 童 名 \_\_\_\_\_

【疾病】※医療機関記入欄（診断書料が必要です。なお、申込者本人が記入した場合は無効となります。）

氏 名	
受 診 状 況	通院（月・週 日程度）・その他
	入院（期間など： _____）
病 名	
症 状	
療養状況及び児童を保育する上での困難さに関する意見（該当するものにチェックをしてください）	<input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできない <input type="checkbox"/> 自分のことがある程度自分でできる <input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできる
	児童を保育する上での困難さに関する意見があれば記入してください。
治療見込み期間	_____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで
この診断により申し込み児童が保育の要件の点数を何点と判断されたかについて、本人の同意がある場合に限り情報提供させていただきます。次のいずれかにチェックをしてください。	
_____年 _____月 _____日 医療機関 住 所 医 師 名 _____ (印)	

【疾病】※本人記入欄

児童の保育（該当するものにチェックをしてください。）	<input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、支障がある <input type="checkbox"/> 自宅での保育に支障はない
上記の理由（詳しく記入してください）	
医師（主治医）より保育の要件の点数に関する情報提供の希望があった場合、今後の保育要件の判定等に資することを目的としてこれを医師に提供することに同意します。（同意する場合のみ署名してください。） _____年 _____月 _____日 保護者名 _____ (印)	

【障がい】※本人記入欄（必ず手帳の写しを添付してください。）

氏 名	
手帳の種別等	身体障害者手帳 _____ 級 精神障害者保健福祉手帳 _____ 級 療育手帳 A1 A2 B1 B2
保育が困難な理由（詳しく記入してください）	