

病状内容確認書

(宛先) 大田区長

|       |       |
|-------|-------|
| 証 明 日 | 年 月 日 |
| 医療機関名 |       |
| 連 絡 先 | - -   |
| 記入医師名 | 印     |

以下のとおり証明します。

※自署の場合は押印省略可。電子印可。

|               |                                                                                                                                                                                                    |        |       |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|
| 患者氏名          |                                                                                                                                                                                                    | 患者生年月日 | 年 月 日 |
| 患者住所          |                                                                                                                                                                                                    |        |       |
| 傷 病 名         |                                                                                                                                                                                                    |        |       |
| 入院 (予定含む)     | <input type="checkbox"/> あり ( 年 月 日～ 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> なし                                                                                                                         |        |       |
| 手術歴又は<br>手術予定 | <input type="checkbox"/> あり ( 年 月 日頃)<br><input type="checkbox"/> なし                                                                                                                               |        |       |
| 患者の状況         | 1 患者が未就学児を日中に保育することは可能ですか (必須)<br><input type="checkbox"/> 可能である<br><input type="checkbox"/> 不可能または困難である<br>➡ その状態はいつまで継続する見込みですか<br><input type="checkbox"/> 年 月 日頃まで <input type="checkbox"/> 未定 |        |       |
|               | 2 患者の状態について該当するものを選択してください (必須)<br><input type="checkbox"/> 精神疾患<br><input type="checkbox"/> 感染症<br><input type="checkbox"/> 常時病臥<br><input type="checkbox"/> 上記3つに当てはまらないが、一般的な療養を要する             |        |       |
|               | 3 特記事項                                                                                                                                                                                             |        |       |

※保護者記入欄

|       |                                                            |      |       |
|-------|------------------------------------------------------------|------|-------|
| 児童氏名  |                                                            | 生年月日 | 年 月 日 |
| 児童の状況 | <input type="checkbox"/> 申込み中 <input type="checkbox"/> 在園中 | 保育園名 | 保育園   |

※記載事項に虚偽等があった場合は、内定取消もしくは退園となります。

【問合せ先】 大田区 こども家庭部 保育サービス課 保育利用支援担当 電話 03-5744-1280