

疾 病 ・ 障 が い 状 況 申 告 書

(あて先) 苫小牧市健康こども部長 様

| | | |
|-------|-----------|-------|
| 児童氏名 | (年 月 日生) | 入所施設名 |
| 児童氏名 | (年 月 日生) | 入所施設名 |
| 児童氏名 | (年 月 日生) | 入所施設名 |
| 保護者氏名 | 続柄：児童の() | |

※入所施設名：まだ入所が決まっていない方は未記入で結構です

【疾病】 (必ず診断書をつけてください。)

| | |
|-------------------------------|---|
| 氏 名 | |
| 病 名 | |
| 症 状 | |
| 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 |
| 通院回数 | <input type="checkbox"/> 月2日以上 <input type="checkbox"/> 月1日 <input type="checkbox"/> その他(回) |

【障がい】 (必ず手帳のコピーをつけてください。)

| | |
|----------------------------|------------------------------------|
| 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(A・B) |
| 保育が困難な理由 (具体的に記入してください) | |

【通院等の状況】 ※通院、自宅療養、障害手帳3級以下の場合、記入してください。

※ 通院等の状況について、具体的に記入してください。(月曜日と同じ場合は「同左」とご記入ください。)

| | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | (例) |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| ～ 8:00 | | | | | | | } 通院 |
| 8:00 ～ | | | | | | | |
| 9:00 ～ | | | | | | | |
| 10:00 ～ | | | | | | | |
| 11:00 ～ | | | | | | | } リハビリ |
| 12:00 ～ | | | | | | | |
| 13:00 ～ | | | | | | | } 自宅療養 が必要 |
| 14:00 ～ | | | | | | | |
| 15:00 ～ | | | | | | | |
| 16:00 ～ | | | | | | | |
| 17:00 ～ | | | | | | | |
| 18:00 ～ | | | | | | | |