

○**父母が疾病等**の場合には、以下の内容を記入のうえ、**裏面の診断書**をかかりつけ医で記入してもらってください。
 ○**原則、疾病等**のため児童を保育することが困難な本人が申し立ててください。ただし、本人がご自身で申し立てることが困難な状況にある場合は、代理人が申し立ててください。

施設名	児童氏名	生年月日	申立人と児童との続柄
		. .	父 ・ 母 祖父 ・ 祖母 他 ()
		. .	
		. .	

※ 複数の児童を申し込まれている場合、全ての児童氏名を記入してください。診断書は保護者1名につき1部の提出で結構です。
 ※ 施設名は第1希望の施設を記入してください。

疾 病 状 況 申 立 書

令和 年 月 日

吉野川市福祉事務所長 様

申立人 住所

氏名

私

(_____ 児童との続柄 _____)

} は、疾病等のため保育ができないことを申し立てます。

なお、申立内容に虚偽等の不正があった場合には、入所(園)の取り消し(解除)に同意します。

疾病等の状況

(1) 入院・通院の状況 ※1～3の該当する番号に○を付け、必要事項を記入または選択してください。	
1. 入院 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日予定) (令和 年 月 日 ~ 入院中) 退院予定日 (不明 ・ 令和 年 月 日頃) 2. 定期的に通院している (____ か月・週) に (____ 日) 程度 3. 現在通院はしていない → 通院していない理由 (_____)	
(2) 疾病及び障がいの状況 ※1～4の該当する番号に○を付け、必要事項を記入または選択してください。	
1. 傷病名 (_____) ※父母が疾病等の場合は裏面「診断書」必須 2. 身体障害者手帳 ____ 級 3. 療育手帳 ____ A ・ B ____ 4. 精神障害者保健福祉手帳 ____ 級	
(3) 疾病等により保育ができない理由 ※できるだけ詳しく記入してください。	

※ 市職員が確認のため、訪問する場合があります。

診断書

(保育関係施設利用確認用)

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

病名 _____

初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

発病時期 _____ 頃

次の質問にお答えください。

問1) 生活（仕事・家事・育児等）に制限はありますか。

- なし
 あり → 仕事・家事・育児・その他（○を付けてください）に制限がある。

それぞれの制限について具体的にご記入ください

問2) 今後必要と考えられる通院頻度をご記入ください。

（ _____ か月・週）に（ _____ 日）程度の通院が必要と考える。

問3) 医学的見地から、患者が1日を通して未就学児童の保育をすることは可能ですか。

- 可能と考える
 不可能である → その状況はいつまで継続すると見込まれますか。
 _____ 年 _____ 月 _____ 日ごろまで
 未確定 → 今後改善し、保育が可能となる見込み
 なし
 あり

上記のとおり診断します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医 師