

○**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

<p>(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。</p> <p>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)</p> <p>2. 定期的に通院している (_____ か月・週) に (_____ 日) 程度</p> <p>3. 現在通院はしていない → 通院していない理由 (_____)</p>
<p>(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。</p> <p>1. 傷病名 (_____) <small>※父母が疾病等の場合は裏面「診断書」必須</small></p> <p>2. 身体障害者手帳 _____ 級</p> <p>3. 療育手帳 _____ A ・ B _____</p> <p>4. 精神障害者保健福祉手帳 _____ 級</p>
<p>(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。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>

※ 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