

その他	
必要な 医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	医療的ケアの内容を記入
予測される 緊急時の状況 および対応	状態・頻度
	必要な処置
	緊急搬送の目安
専門施設での 療育の必要性	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり
	内容を記入

* 保育園入園時、品川区から医師へ情報提供の依頼および相談をさせていただく場合がございます。

医療(療養)機関名 _____

住所 _____

電話番号 _____

医師担当科名 _____

担当医師名 _____

<記入上の注意>

- この報告書は、保育園の申込み児童の状況を判断するための資料の一つです。
児童の障害や疾病の状況を証明するために使用されます。詳しく記入してください。
- 選択する項目には、□に✓を入れてください。

<担当医の先生、保護者の皆様へ>

*上記の内容については、本児童が保育園に入園することとなる場合、その入園先の保育園に対し、情報を提供させていただきます。