

保育状況意見書

品川区長 宛

医師記載欄

患者の住所					
フリガナ					
氏名・生年月日					(年 月 日)
傷病名					
発症日	年	月	日		
初診日	年	月	日	通院頻度	□ 月 ・ □ 週 ・ □ 年 日
診療(見込)期間	年	月	日	～	年 月 日 ・ □ 未定
入院(予定)期間 ※あれば記載	年	月	日	～	年 月 日 ・ □ 未定
現在の保育状況 ※該当する項目 1つに☑	<input type="checkbox"/> 重度の疾病または負傷により、保育が不可能な状態				
	<input type="checkbox"/> 疾病または負傷により、安静を要するため、保育が困難な状態				
	<input type="checkbox"/> 疾病または負傷により、保育が困難な状態				
	<input type="checkbox"/> 疾病または負傷により、保育に一部支援を要する状態				
	<input type="checkbox"/> 疾病または負傷があるも、保育が可能な状態				

現在の保育状況について、上記のとおり認めます。

医療機関名		作成日	年 月 日
担当医師名		連絡先	

(※医師記載欄はここまで)

保護者記載欄

児童名	生年月日
	年 月 日
児童名	生年月日
	年 月 日

※誤って記載した場合、訂正印は不要です。二重線で消し、正しい内容を記載してください。

※入園申請・在園継続の際の重要な資料となります。正確に記載してください。

※不明な点は、担当医師に連絡する場合があります。

※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) 品川区 保育入園調整課 入園相談担当 03-5742-6725