

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	□ 利用中	□ 申請中	
	年 月 日	施設名		
児童名	生年月日	□ 利用中	□ 申請中	
	年 月 日	施設名		

※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。