

疾 病 ・ 障 が い 状 況 申 告 書

(あて先) 苫小牧市健康こども部長 様

児童氏名	(年 月 日生)	入所施設名
児童氏名	(年 月 日生)	入所施設名
児童氏名	(年 月 日生)	入所施設名
保護者氏名	続柄：児童の()	

※入所施設名：まだ入所が決まっていない方は未記入で結構です

【疾病】 (必ず診断書をつけてください。)

氏 名	
病 名	
症 状	
児童の保育 (該当するものにチェックをしてください)	<input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、支障がある <input type="checkbox"/> 自宅での保育に支障はない

【障がい】 (必ず手帳のコピーをつけてください。)

氏 名	
手帳の種別等	身体障害者手帳 級・精神障害者保健福祉手帳 級・療育手帳(A・B)
保育が困難な理由 (具体的に記入してください)	

【通院等の状況】 ※通院、自宅療養、障害手帳3級以下の場合記入してください。

※ 通院等の状況について、具体的に記入してください。(月曜日と同じ場合は「同左」とご記入ください。)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	(例)
～ 8:00							
8:00 ～							
9:00 ～							} 通院
10:00 ～							
11:00 ～							
12:00 ～							
13:00 ～							} リハビリ
14:00 ～							
15:00 ～							} 自宅療養 が必要
16:00 ～							
17:00 ～							
18:00 ～							