

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)	☐ 自宅での保育が不可能である ☐ 自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である ☐ 自宅での保育が不可能ではないが、支障がある ☐ 自宅での保育に支障はない
通 院 回 数	☐ 月2日以上 ☐ 月1日 ☐ その他(回)

【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 ～							

記 載 例

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	甲野 花子	(令和5 年 5 月 1 日生)	入所施設名	〇〇 保育園
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	甲野 梅子	続柄：児童の(母)		

※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	甲野 梅子
病 名	椎間板ヘルニア
症 状	腰痛
児 童 の 保 育 (該 当 す る も の に チェック を し て く だ さ い)	☐ 自宅での保育が不可能である ☒ 自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である ☐ 自宅での保育が不可能ではないが、支障がある ☐ 自宅での保育に支障はない
通 院 回 数	☒ 月2日以上 ☐ 月1日 ☐ その他(回)

診断書の内容を記載してください。

該当の欄にチェックをつけてください。

【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、必ず記入してください。

※ 通院等の状況について、具体的に記入してください。(必ず記入してください。)

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

通院や自宅療養の状況を記入してください。