

※医療機関記入欄

氏名	児童との続柄 ()	生年月日	年 月 日
住所			
病名	初診日 (発病年月日)		年 月 日
通院及び療養期間	※見込みで構いません。		入院期間
令和 年 月 日 から			※入院中又は予定の場合のみ
令和 年 月 日 まで			年 月 日から
通院の頻度			年 月 日まで
(月・ 週) に (回) 要する。			
各項目の該当する箇所にチェックしてください。			
●日常保育について		●制限または介助を要するもの ※複数チェック可	
<input type="checkbox"/> 日常保育は不可能		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 育児	
<input type="checkbox"/> 日常保育の軽減が必要		<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 食事	
<input type="checkbox"/> 日常保育への支障は少ない		<input type="checkbox"/> 育児の着脱 <input type="checkbox"/> 起き上がり	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
病状及び所見			
<input type="checkbox"/> 日中の大半を病床に過ごしている			
<input type="checkbox"/> 精神病・感染症等により乳幼児に悪影響を及ぼす恐れのある者			
<input type="checkbox"/> 比較的軽症で定期的に通院治療および自宅療養の者			
(生活や就労の制限、児童を保育できない状況について具体的にご記入ください。)			
上記のとおり、証明します。			
		令和 年 月 日	
医療機関名			
所在地			
医師名		印	

保護者 記入欄	児童名	生年月日	施設名	児童との続柄
		H・R 年 月 日	(在園・新規)	父・母 祖父・祖母
		H・R 年 月 日	(在園・新規)	
		H・R 年 月 日	(在園・新規)	