

※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。 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 通院の頻度 (月・ 週) に (回) 要する。		入院期間 ※入院中又は予定の場合のみ 年 月 日から 年 月 日まで	
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 <input type="checkbox"/> 日常保育は不可能 <input type="checkbox"/> 日常保育の軽減が必要 <input type="checkbox"/> 日常保育への支障は少ない		●制限または介助を要するもの ※複数チェック可 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 食事 <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。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 医療機関名 所在地 医師名			

	児童名	生年月日	施設名	児童との続柄
保護者 記入欄		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)	