

疾病・障がい状況申告書

令和 年 月 日

保護者氏名

※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。<br>令和 年 月 日 から<br>令和 年 月 日 まで<br>通院の頻度<br>（ ヶ月・ 週） に （ 回） 要する。 |            | 入院期間<br>※入院中又は予定の場合のみ<br>年 月 日から<br>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                                                                           |            | ●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                                    |            |                                                                                                                 |       |
| -----<br>（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                                                                                 |            |                                                                                                                 |       |

| 保護者<br>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<br>祖父・祖母 |
|            |     | H・R 年 月 日 | （在園・新規） |              |
|            |     | H・R 年 月 日 | （在園・新規） |              |