# 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<br>□　自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である<br>□　自宅での保育が不可能ではないが、支障がある<br>□　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 ～ | | | | | | | |
| 10:00 ～ | | | | | | | 通院 |
| 11:00 ～ | | | | | | | |
| 12:00 ～ | | | | | | | |
| 13:00 ～ | | | | | | | リハビリ |
| 14:00 ～ | | | | | | | |
| 15:00 ～ | | | | | | | |
| 16:00 ～ | | | | | | | 自宅療養 |
| 17:00 ～ | | | | | | | が必要 |
| 18:00 ～ | | | | | | | |