# 疾病・障がい状況申告書

施	Ē	艾	名			
児	童	氏	名			
児	童	番	号	1	2	3
同	<u> </u>	世帯	(D)	1	2	3
利児	用	1児番	童	1	2	3
冗	里	畓	ヺ	1	2	3

(あて先) 保健福祉センター所長

保護者記入欄					
児童氏名	(平成	年	月	日生)	施設·事業名
保護者氏名	続柄:	児童の	(	)	
			※申	込中の場合	は第1希望の施設・事業名をご記入ください。

## 【疾病】 ※ 医療機関記入欄(診断書料が必要です。なお、申込者本人が記入した場合は無効となります。)

氏 名	
巫 参 44 河	通院 (月・週 日程度)・その他 ( )
受診状況	入院 (期間など: )
病名	
症    状	
療養状況及び	□ 自分のことが自分でできない □ 自分のことがある程度自分でできる □ 自分のことが自分でできる
児童を保育する上での 困難さに関する意見 (該当するものにチェッ クをしてください)	児童を保育する上での困難さに関するご意見があれば記入してください。
治療見込み期間	年月日から年月日まで
	児童が保育要件の点数を何点と判断されたかについて、本人の同意がある場合に限り情報 ます。次のいずれかにチェックをしてください。 かかる情報提供を ロ 希望する ロ 希望しない
平成 年	月 日 医療機関名
	住所
	医 師 名 印

### 【疾病】※ 本人記入欄

	ノてロロノマイクス	
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□ 自宅で	での保育が不可能である での保育が不可能ではないが、大変困難である での保育が不可能ではないが、支障がある での保育に支障はない
上記の理由 (詳しく記入してくださ)	<b>(1)</b>	
		の点数に関する情報提供の希望があった場合、今後の保育要件の判定等に資す に提供することに同意します。(同意する場合のみ署名してください。)
平成  年	月 日	保護者氏名

#### 【障がい】 ※ 本人記入欄(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・B1・B2
保育が困難な理由 (詳しく記入してください)			

# 介護・看護状況申告書

施	ij	艾	名			
児	童	氏	名			
児	童	番	号	1	2	3
同	<u></u> +	世帯	· の	1	2	3
利	用	- 児番	童	1	2	3
冘	里	畓	万	1	2	3

(あて先) 保健福祉センター所長

保護者記入欄					
児童氏名	(平成	年	月	日生)	施設·事業名
介護·看護者氏名	続柄:	児童の	)(	)	

※申込中の場合は第1希望の施設・事業名をご記入ください。

### ※ 介護・看護者記入欄(介護・看護を受ける方については、疾病・障がい状況申告書を提出してください。)

介 護 ・ 看 護 を 受 け る 方						年齢(	)歳
続柄	児童の(父・	母・父力	方祖父 ・ ダ	ご方祖母 ・	母方祖父	• 母方祖母	· )
介護・看護を受ける 方 の 住 所							
介護・看護状況	入院 ・ 通院(	通所)(月	・週	日程度)	・在宅		
病名							
症 (保育が困難な理 由もあわせて記入 してください)	身体障害者手帧要介護認定 :		青神障害者() )・ 要		長 級・療介護サービン		
介護・看護状況	家事援助・食事	事補助・着	脱衣補助・	入浴補助·	排泄補助·	通院(通所	)同行・その他
その他具体的な 介護・看護内容							
※ 介護・看護の状況		ī					
,	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	(例)
~ 8:00							朝食介助
8:00 ~							
9:00 ∼							
10:00 ~							} 病院通院介助
11:00 ~							J
12:00 ~							昼食介助
13:00 ∼							
14:00 ~							
15:00 ∼							
16:00 ~							入浴介助
17:00 ~							夕食介助
18:00 ∼							
19:00 ~							