

保護者記入欄		児童氏名	生 年 月 日
施設名 (利用中または第1希望)	<input type="checkbox"/> 在園 <input type="checkbox"/> 申込中		H R . .
	<input type="checkbox"/> 在園 <input type="checkbox"/> 申込中		H R . .
	<input type="checkbox"/> 在園 <input type="checkbox"/> 申込中		H R . .

【医師の方へ】

ご多用中に恐縮ですが、上記児童の保育施設の入所決定等のためにご記入ください。

なお、記入内容について、南国市子育て支援課から確認することがあります。

(注1) 具体的な病状とともに、下記の点についての所見もあわせてご記入をお願いいたします。

患者が保護者の場合 ⇒ 保護者は自身の傷病によって、児童の保育が困難であるかどうか

患者が保護者でない場合 ⇒ 保護者は患者の看護や介護のために、児童の保育が困難であるかどうか

医師記入欄			
フリガナ		生 年 月 日	明・大・昭・平・令
患者氏名			年 月 日
傷病名			
医師所見 (注1)			
入院の場合	年 月 日 ~ 年 月 日 / 未定 (退院後も通院を要する場合は、下段の「通院の場合」にもご記入ください。)		
通院の場合	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 / 未定	
	通院回数	月( )回 / 週( )回 程度の通院を要す	
家族等による看護や介護の必要の有無	必要とする / 必要としない		
児童保育の可否	保育施設を利用(申込)している児童の保護者は 自身が患者であるため / 患者の看護・介護のため ↓ 児童の保育が ( 不能 / 困難 / 支障なし )		
上記のとおり診断します。			
証明年月日 令和 年 月 日			
医療機関名 _____			
住 所 _____			
電 話 番 号 _____			
医 師 名 _____ 印			