

病状内容確認書

(宛先) 大田区長

証 明 日	年 月 日
医療機関名	
連 絡 先	- -
記入医師名	印

以下のとおり証明します。

※自署の場合は押印省略可。電子印可。

患者氏名		患者生年月日	年 月 日
患者住所			
傷 病 名			
入院 (予定含む)	<input type="checkbox"/> あり (年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし		
手術歴又は 手術予定	<input type="checkbox"/> あり (年 月 日頃) <input type="checkbox"/> なし		
患者の状況	1 患者が未就学児を日中に保育することは可能ですか (必須) <input type="checkbox"/> 可能である <input type="checkbox"/> 不可能または困難である ➡ その状態はいつまで継続する見込みですか <input type="checkbox"/> 年 月 日頃まで <input type="checkbox"/> 未定		
	2 患者の状態について該当するものを選択してください (必須) <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 常時病臥 <input type="checkbox"/> 上記3つに当てはまらないが、一般的な療養を要する		
	3 特記事項		

※保護者記入欄

児童氏名		生年月日	年 月 日
児童の状況	<input type="checkbox"/> 申込み中 <input type="checkbox"/> 在園中	保育園名	保育園

※記載事項に虚偽等があった場合は、内定取消もしくは退園となります。

【問合せ先】 大田区 こども家庭部 保育サービス課 保育利用支援担当 電話 03-5744-1280