

疾病・障害状況申告書

児童氏名	
利用希望施設	

南三陸町長 様

年 月 日

現住所	
氏名	⑩

疾病・障害状況について、下記のとおり申告します。

【疾病】

療養者氏名	児童との続柄 ()	生年月日	T S H	年 月 日
現 状	<input type="checkbox"/> 通院 (月・週 日程度) <input type="checkbox"/> 入院 (期間) <input type="checkbox"/> その他 ()			
病 名				
現在の症状				
診療見込期間				
確認事項	<input type="checkbox"/> 日常生活は普通にできる <input type="checkbox"/> 部分的に他者の援助が必要である <input type="checkbox"/> 他者の援助が必要である <input type="checkbox"/> 常時援助が必要であり、身の回りのことはほとんどできない			
添付書類	病院からの診断書等証明できる書類の写し			

【障害】

氏 名	児童との続柄 ()	生年月日	T S H	年 月 日
手帳等の種別	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳			
添付書類	手帳等の写し			

【疾病・障害共通】

児童の保育	<input type="checkbox"/> 自宅での保育は不可能である <input type="checkbox"/> 自宅での保育は可能だが大変困難である <input type="checkbox"/> 自宅での保育は可能だが支障がある <input type="checkbox"/> 自宅での保育は可能である
-------	---