

# 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

令和 年 月 日

住 所	
保護者氏名	

次のとおり、疾病・障害状況について申告します。

## 1 疾病等により保育が必要な場合に記入してください

療養者氏名	児童との続柄 ( )	生年月日	年 月 日
加療の状況	<input type="checkbox"/> 通院 (通院頻度: 週 日程度 または 月 日程度) <input type="checkbox"/> 入院 (入院日: 年 月 日) (入院見込期間: 月間) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
病 名			
現在の症状			
加療見込期間			
介護・看護状況	<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	<input type="checkbox"/> 病院からの診断書など介護・看護状況を証明できる書類の写し		

## 2 障害等により保育が必要な場合に記入してください

手帳所持者氏名	児童との続柄 ( )	生年月日	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		
手帳等の等級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B		
添付書類	<input type="checkbox"/> 手帳等の写し		

## 3 上記1(疾病)及び2(障害)どちらかに該当する場合に記入してください

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。
-------	--