

※本書を医師を装い偽造した場合、
有印私文書偽造罪等が成立する場合があります。

ふりがな 児童名		ふりがな 児童名	
生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日

病状内容確認書

令和 年 月 日

目黒区福祉事務所長 宛て

医療機関名

記入者（医師）名

（記入者（医師）名は自筆又は記名捺印（電子署名可））

患者の氏名	患者の住所
傷病名	
診療状況 該当箇所に○印を付けてください。	・入院中又は入院予定 期間：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (頃) ・通院中 (週 日又は月 日)
診療期間(見込)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (頃)
患者の状態 該当箇所に○印を付けてください。	① 患者さんはどのような状態ですか。 ・常時病臥 ・常時安静を要する ・一般療養中 ② 患者さんは介護等が必要ですか。 ・常時介護（全介助）が必要 ・一部介助（食事 入浴 排泄 移動 買い物）が必要 ・介護は不要 ・常時見守りが必要 ・一部見守りが必要 ③ 患者さんは就労が可能ですか。 ・就労は可能 ・就労は不可 ④ 患者さんが保護者である場合、お子さんの保育は可能ですか。 ・保育は可能 ・保育は不可 ※上記④にて保育が可能と診断された場合、疾病を理由とした認可保育園等の利用はできません。
特記事項	

※ 本書類は、教育・保育給付認定、施設等利用給付認定、保育の利用申込、在園要件確認及び緊急一時保育利用のための資料となります。なお、それらの用途以外で使用することはありません。

※ 記載内容を訂正する場合は、訂正署名又は訂正印にて訂正してください。

※ 記載内容について、電話等により照会を行う場合があります。あらかじめご了承ください。