

【傷病・障がい、介護・看護要件証明用】

## 診断書 兼 介護・看護状況申告書

保護者記入欄				
保護者氏名				※申込中の場合は第一希望園を記入
子ども氏名	生年月日	年	月	施設名
子ども氏名	生年月日	年	月	施設名
子ども氏名	生年月日	年	月	施設名
※介護・看護要件でお申込みの場合のみ記入。また、うら面の記入もお願いいたします※				
氏名 _____ が 氏名 _____ を介護・看護します。 (子どもからみた続柄： _____ ) (子どもからみた続柄： _____ )				
一日あたりの介護・看護時間	時間	一週あたりの介護・看護日数		日

医療機関記入欄				
※内容について、医療機関等に無断で作成し又は改変を行ったときは、無効とし、保育の実施を解除（入所申込を取消）します。				
氏名			生年月日	年 月 日
診断日	年	月	日	傷病・障がい名
傷病・障がいの状況	<input type="checkbox"/> 常時病臥	<input type="checkbox"/> 自宅療養（1ヶ月以上の安静）	<input type="checkbox"/> 入院（1ヶ月以上）	
	<input type="checkbox"/> 障がい	<input type="checkbox"/> その他事由で保育困難		
症状				
療養期間	入院	年	月	日
	通院	年	月	日
介護・看護の必要度	<input type="checkbox"/> 要しない	<input type="checkbox"/> 要する（一部介助、見守り等）	<input type="checkbox"/> 要する（全面的介助）	
子どもの保育について	<input type="checkbox"/> 1 保育に支障なし <input type="checkbox"/> 2 保育困難 <input type="checkbox"/> 3 保育不能 ※上記において□2・□3の場合、保育が困難な理由を具体的に記入してください。			
生駒市長 宛				
上記のとおり、診断する。			証明日	年 月 日
			医療機関名	
			所在地	
			医師名	

(お問合せ) 生駒市役所教育子ども部幼保子ども園課 TEL:0743-74-1111 (内線2770)

●現在の通院・通所先(入院・入所先)

	施設名	通院・通所 日数/月	移動手段	付き添いの有無
	所在地			所要時間/日(往復の通所時間を含む)
(例)	生駒デイサービス 生駒市北新町8-38	8日	車	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2時間45分
A				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
B				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
C				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

●直近1ヶ月の介護・看護状況( 年 月)

※介護・看護された日に○印をつけてください。

※通院・通所(入院・入所)をされた場合は、上記で記入された通院・通所先(入院・入所先)のA・B・Cを枠内に記入してください。

曜日( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	備考			

●1日の介護・看護状況

※平均的な状況を具体的に記入してください。

7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00
(例) ←→ 起床	←→ 食 事 介 助		←→ 週 2 回	←→ 病 院 付 き 添 い		←→ 食 事 介 助	
15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	備考		
←→ リハ ビリ		←→ 食 事 介 助		←→ 入 浴 介 助			

(記入要領)

- 訂正する場合は、二重線+署名をお願いいたします。(修正テープ等不可)
- 記載内容について、市幼保こども園課が照会する場合があります。
- 記載内容に虚偽等の不正があった場合は、申告を無効とし、保育の実施を解除(入所申込を取消)します。

生駒市長 宛

上記のとおり介護・看護していることに相違ありません。

年 月 日

申告者氏名