

疾病・障害状況申告書 (手帳の写し・診断書のいずれかを添付)

氏名											
障害・疾患名											
障害者手帳	無・有	診断書	無・有								
障害・病状(<input type="checkbox"/> 常時臥床 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以上の自宅安静 <input type="checkbox"/> 慢性・長期疾患による自宅療養)											
通院先等	_____										
住所	_____										
頻度	_____										
治療・服薬状況	_____										
治癒・軽快の見込み	無・有 (_____ 頃)										
育児・家事等の状況											

ヘルパー等の利用	有・無										
利用サービス内容	週・月 _____ 日	時間 _____	～ _____								
	週・月 _____ 日	時間 _____	～ _____								
	週・月 _____ 日	時間 _____	～ _____								
幼稚園・一時保育・子育て支援ヘルパー等で対応できない理由											

1日のスケジュール(通常時)											
7時	8時	9時	10時	11時	12時	1時	2時	3時	4時	5時	6時

1日のスケジュール(通院時等)											
7時	8時	9時	10時	11時	12時	1時	2時	3時	4時	5時	6時

第1希望又は
利用中保育園

保育園

児童名
