

# 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 \_\_\_\_\_