

主治医の意見書

上三川町役場子ども家庭課提出用

1. 氏名			
2. 生年月日等	年	月	日 男 ・ 女
3. 初診日	年	月	日
4. 診断名			
5. 症状 (できるだけ詳しくご記入ください。)			
6. 現在の状況 (該当項目に○印等のご記入及び□にチェックをお願いいたします。)			
1. 入院中／入院予定である。			
入院 (予定) 期間 : □ 4週間以上 □ 2週間以上 □ 2週間未満			
(年 月 日 から 年 月 日まで)			
2. 下記の状況により自宅療養を要する。			
□ 入院に相当する治療や安静が必要であり、常時寝たきりである。			
□ 自宅療養で安静を要する (2週間以上の期間)。			
□ その他 ()			
7. 該当者について、上記5に係るご意見 (該当数字に○印のご記入をお願いいたします。)			
□ 保育施設を利用する <u>児童の父母・祖父母自身</u> の場合			
1. 家庭で児童を保育することは困難である。			
2. 家庭で児童を保育することは可能である。			
□ 保育施設を利用する児童の父母・祖父母に <u>介護・看護される方</u> の場合			
1. 家族等の常時介護・看護を必要とする。			
2. 家族等の常時介護・看護を必要としない。			
8. 記載日			
年 月 日			
病・医院名		医師名	印

※この書類に関する費用等の負担は請求者 (患者) になります。