

## 【保護者記入欄】

在園保育園等	児童氏名	平成 年 月 日	児童 との 続柄
	生年月日		

## 【医療機関記入欄】

## 主治医の意見書

平成 年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

所在地

医療機関名

印

電話番号

医師名

印

受診者		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
診断名		初診日	昭和・平成 年 月 日
病状			
治癒見込み	平成 年 月 頃		
入院期間	<input type="checkbox"/> 入院中 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院予定		
通院期間	<input type="checkbox"/> 通院中 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 通院予定		
通院回数	週・月 日程度		
病状による日常生活の程度について	<input type="checkbox"/> 日常生活は普通にできる <input type="checkbox"/> 日常生活に一定の制限を受ける <input type="checkbox"/> 日常生活に部分的に他者の援助が必要である <input type="checkbox"/> 日常生活の大半に他者の援助が必要である <input type="checkbox"/> 常時援助が必要であり、身の回りのことはほとんど出来ない <input type="checkbox"/> その他 ( )		
病状による家庭保育について	<input type="checkbox"/> 上記のものは、療養のため、家庭での保育は困難であると考えられる <input type="checkbox"/> 上記のものは、療養を認めるが、家庭での保育は可能であると考えられる		
その他特記事項			

- \* この証明書は、保育園等の入園決定の際に、当該児童が保育を必要とする事由を証明するための書類となります。  
**必ず主治医が事実のとおりにご記入ください。**
- \* 記入内容が事実と異なる場合、**保育の利用決定の取り消しや、保育の利用解除となる場合があります。**
- \* 病状や入院・通院の期間等に変更があった場合、その都度、証明書を提出してください。
- \* 病気・介護・看護等を事由として保育園等に入園する場合、原則、**保育短時間利用となります。**保育標準時間利用が必要な場合には、「その他特記事項」欄に理由を明記してください。
- \* 証明内容について、市から主治医に問い合わせをさせていただく場合があります。あらかじめご了承ください。

〒273-0195 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2-6-1 鎌ヶ谷市役所  
 幼児保育課 幼児保育支援係 TEL : 047-445-1363