

※本書を医師を装い偽造した場合、  
有印私文書偽造罪等が成立する場合があります。

ふりがな 児童名		ふりがな 児童名	
生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日

## 病状内容確認書

令和 年 月 日

目黒区福祉事務所長 宛て

医療機関名

記入者（医師）名

（記入者（医師）名は自筆又は記名捺印（電子署名可））

患者の氏名	患者の住所
傷病名	
診療状況 該当箇所に○印を付けてください。	・入院中又は入院予定 期間：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (頃) ・通院中 (週 日又は月 日)
診療期間 (見込)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (頃) ※診療期間の見込みがたてられない場合は終期を未記入としてください
患者の状態 該当箇所に○印を付けてください。	① 患者さんはどのような状態ですか。 ・常時病臥 ・常時安静を要する ・一般療養中  ② 患者さんは介護等が必要ですか。 ・常時介護（全介助）が必要 ・一部介助（食事 入浴 排泄 移動 買い物）が必要 ・介護は不要 ・常時見守りが必要 ・一部見守りが必要  ③ 患者さんは就労が可能ですか。 ・就労は可能 ・就労は不可  ④ 患者さんが保護者である場合、お子さんの保育は可能ですか。 ・保育は可能 ・保育は不可  ※上記④にて保育が可能と診断された場合、疾病を理由とした認可保育園等の利用はできません。
特記事項	

※ 本書類は、教育・保育給付認定、施設等利用給付認定、保育の利用申込、在園要件確認及び緊急一時保育利用のための資料となります。なお、それらの用途以外で使用することはありません。

※ 記載内容を訂正する場合は、訂正署名又は訂正印にて訂正してください。

※ 記載内容について、電話等により照会を行う場合があります。あらかじめご了承ください。