

<<保護者記入欄>>

利用(希望)施設名	入園児童名	児童生年月日
園		年 月 日
園		年 月 日
園		年 月 日

(宛先)松阪市長

意見書

令和 年 月 日

次のとおり意見書を提出する。

※接骨院、整骨院等での診断は無効です。医療機関での医師の診断を受けてください。
※10が(3)に該当する場合、別の要件での証明書類が必要にな

医療機関名

電話番号

医師名

※自署でない場合は、記名と押印が必要です。

1.住 所			
2.名 前		3.生年月日	年 月 日
4.病 名			
5.障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 手帳の種類() 等級() <input type="checkbox"/> 無		
6.通院頻度	(月・1か月・1週間)に(日)の通院が必要と考えます。		
7.治癒見込 <small>起算日は 証明日とする</small>	1か月以内・()か月程度・1年以上必要・不明		
8.入院期間	次のいずれかにチェック及び必要事項の記入をお願いいたします。		
<input type="checkbox"/> 入院予定なし <input type="checkbox"/> 入院予定(令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 入院中 (入院開始日(年 月 日) 退院予定日(令和 年 月 日・未定))			
9.日常生活能力の程度(該当する番号を選び、いずれか1つを○で囲んでください)			
(1) 日常生活は普通にできる。 (2) 日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。 (3) 部分的に他者の援助(介護)がないと生活できない。 (4) 日常生活の大半に他者の援助(介護)が必要である。 (5) 常時援助(介護)を必要として、身の回りのことはほとんどできない。			
10.児童の保育能力の程度(該当する番号を選び、いずれか1つを○で囲んでください)			
(1) 上記の者は、療養のため児童の保育が完全にできないと考えられる。 (2) 上記の者は、療養のため児童の保育が部分的にできないことがあると考えられる。 (3) 上記の者は、療養を認めるが児童の保育ができると考えられる。			