

# 病気・介護（看護）診断書

- 保育要件が疾病・介護（看護）等に該当する場合は、この診断書、あるいは同内容を含んだ診断書をご提出ください。
- 保育要件・時間の変更を希望する場合は、「茨木市教育・保育給付認定及び施設等利用給付認定変更申請書」（A-①）を併せてご提出ください。なお、認定変更日は、変更事由発生日または保育幼稚園事業課での受付日のどちらか遅い日となります。原則、受付日より前に遡って認定することはできません。
- 保育要件が疾病・障害の場合は、原則保育短時間認定となります。症状が重篤等により、保育標準時間を希望する場合は、標準時間を希望する旨の申立書を併せてご提出ください。
- 以下の内容と実態に相違があった場合は、利用開始後であっても保育所等を利用できなくなる場合があります。
- ご不明な点がある場合は、茨木市保育幼稚園事業課までお問い合わせください。[TEL 072-620-1638]

※医療機関記入欄	①傷病者	フリガナ	②申込児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> おじ <input type="checkbox"/> おば <input type="checkbox"/> その他( )
	③傷病等の名称	発症日（ <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日）		
	④現在の症状及び治療内容			
	⑤現在の通院頻度	<input type="checkbox"/> 週/ <input type="checkbox"/> 月 回	通院開始日（ <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日）	
	⑥医師の意見等  （ 児童の保育が困難な状況について ）	※該当する項目（(1)又は(2)から1つ・それぞれの項目の中から1つ）選択し、 <input type="checkbox"/> に✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> (1) 上記傷病者は、上記内容から親族による介護・看護が必要である（介護・看護） <input type="checkbox"/> 長期にわたり親族の入院付き添いを常に必要とするか、もしくは、療育施設等への通所に保護者が常に付き添うことを必要とする <input type="checkbox"/> 寝たきり等であり、居宅において常時親族による看護及び通院介助が必要 <input type="checkbox"/> 看護及び通院介助が必要（上記以外） <input type="checkbox"/> (2) 上記傷病者は、上記内容から児童の保育ができないと認める（疾病・障害） <input type="checkbox"/> 常時病臥状態 <input type="checkbox"/> 常時安静または通院頻度が多い <input type="checkbox"/> 上記以外（詳細を括弧内に具体的に記載してください）		
	⑦今後の治療見込期間	※該当する項目に✓を入れ、治療見込期間を記入してください。 <input type="checkbox"/> 期限あり（令和 年 月 日頃まで） <input type="checkbox"/> 永続的（継続的）な治療が必要 <input type="checkbox"/> 未定（理由： ）		
	⑧現在入院中又は入院予定がある場合の入院期間 ※過去の入院歴は記載不要	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日 ※入院期間が決まっている場合 <input type="checkbox"/> 退院後の自宅療養期間（退院後 日程度） <input type="checkbox"/> 退院後の通院頻度（ <input type="checkbox"/> 週/ <input type="checkbox"/> 月 回） <input type="checkbox"/> 退院後の治療方針 ( )		
	上記のとおり診断します。 令和 年 月 日			
所在地			印	
医療機関名				
医師氏名				

申請年度	児童氏名	児童生年月日	在籍または第1希望保育所等名
<input type="checkbox"/> R 6		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込
<input type="checkbox"/> R 7		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込
確認事項及び状況記入欄			
※保護者記入欄 <input type="checkbox"/> 上記⑥（1）に該当の場合は、「介護・看護状況申出書」を併せてご提出ください。 <input type="checkbox"/> 上記⑥（2）に該当の場合は、日中の状況（症状や治療、通院頻度など、日中児童の保育が困難な状況）の詳細をこちらにご記入ください。 （例）〇〇病の治療のため、週3回の通院が必要であり、1度の通院には4時間かかる。自宅においても、慢性的な疼痛等のため、日中の児童の世話をすることが困難である。			
※市記入欄 _____ 提出済 支給認定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 原本 利用者負担 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 写し 点数 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			