

意見書

雲南市長 様

疾病者に関する意見は下記のとおりです。

令和 年 月 日

所在地 :

医療機関名 :

担当医師名 :

(※署名または押印願います。)

患者氏名	
患者住所	
患者生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成 令和
疾病名	
付 (症状等)	
上記疾病にかかる処置・ 治療の状況 (※該当するものに○を付けて ください。以下同じです。)	1. 入院 期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	2. 自宅療養(療養期間 年 月 日~ 年 月 日まで) a. 常時臥床が必要 b. 常時の臥床は必要ないが安静を要する
	3. 要通院 通院回数 週 () 日程度 最終通院予定日 令和 年 月 日
当該患者が同居児童を保育することについて	1. 十分に可能 2. やや困難 3. 困難 4. 不可能
当該患者にかかる家族の介護の要否	1. 不要である 2. 必要である 必要である場合の程度 (a. 全介護 b. 一部介護)

※この意見書は、保育の支給認定および保育所等への入所(継続入所)の要否判定に使用するものです。それ以外の目的に使用することはありません。

お問合せ先：雲南市役所こども政策課(Tel0854-40-1044)

【入所・申込状況】※保護者記入欄

児 童 名	生 年 月 日	保 育 所 ・ 児 童 ク ラ ブ 名
	平成・令和 年 月 日	(入所中・ 内定 ・ 申込中)
	平成・令和 年 月 日	(入所中・ 内定 ・ 申込中)
	平成・令和 年 月 日	(入所中・ 内定 ・ 申込中)

意見書

雲南市長 様

疾病者に関する意見は下記のとおりです。

令和 * 年 12 月 12 日

所在地：雲南市大東町飯田96-1

医療機関名：雲南市立病院 整形外科

担当医師名：◆◆ ◆◆

(※署名または押印願います。)

患者氏名	雲南 神楽
患者住所	雲南市**町**521-1
患者生年月日	大正昭和 平成令和 * 年 11 月 ● 日
疾病名	リウマチ
付記 (症状等)	関節だけでなく、微熱や倦怠感など全身症状あり。関節に負担をかけないように、できるだけ安静が必要。
上記疾病にかかる処置・治療の状況 (※該当するものに○を付けてください。以下同じです。)	1. 入院 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 ② 自宅療養(療養期間 令和★年4月1日 ~ 令和◆年3月31日 まで) a. 常時臥床が必要 b. 常時の臥床は必要ないが安静を要す 3. 要通院 通院回数 週 (1) 日程度 最終通院予定日 平成・令和 年 月 日 療養(見込)期間をご記入ください。年度を超えての療養が必要な場合は当該年度の年度末までをご記入ください。
当該患者が同居児童を保育することについて	1. 十分に可能 2. やや困難 3. 困難○ 4. 不可能
当該患者にかかる家族の介護の要否	① 不要である 2. 必要である 必要である場合の程度 (a. 全介護 b. 一部介護)

※この意見書は、保育の支給認定および保育所等への入所(継続入所)の要否判定に使用するものです。それ以外の目的に使用することはありません。

お問合せ先：雲南市役所子ども政策課(Tel0854-40-1044)

【入所・申込状況】※保護者記入欄

児童名	生年月日	保育所・児童クラブ名
雲南 鈺	平成令和 * 年 * 月 *	●●保育所 (入所中・内定・申込中)
	平成・令和 年 月 日	(入所中・内定・申込中)
	平成・令和 年 月 日	(入所中・内定・申込中)