

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)