

施 設 等 名	
支 給 認 定 証 番 号	
利 用 児 童 名	

(保護者等)

意 見 書

次のとおり意見書を提出する。

令和 年 月 日

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.氏名		3.生年月日	
4.病名			
5.通院期間	通院開始日(年 月 日)		
6.通院頻度	(か月・1か月・1週間)に(日)の通院が必要と考えます。		
7.治癒見込	1か月以内 ・ ()か月程度 ・ 1年以上必要		
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。		
☐入院予定なし ☐入院予定(令和 年 月 日) ☐入院中 入院開始日(年 月 日) 退院予定日(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出来ないと考えられる。 (2) 上記の者は、療養のため児童の保育が部分的に出来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出来ると考えられる。			
※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。			