

# 主治医の意見書

船橋市役所地域子育て支援課 提出用

1. 氏 名	男 ・ 女								
2. 生年月日	<table><tr><td>〔 明治 昭和 〕</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr><tr><td>〔 大正 平成 〕</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	〔 明治 昭和 〕	年	月	日	〔 大正 平成 〕			
〔 明治 昭和 〕	年	月	日						
〔 大正 平成 〕									
3. 診断日	令和 年 月 日								
4. 診断名									
5. 現在の状況	(現在の状況をご記入いただき、該当する□に✓をお願いいたします。)								
<ul style="list-style-type: none"><li>・ <input type="checkbox"/> 年 月 日より 入院中 ・ 入院予定 である。</li><li>・ <input type="checkbox"/> 治療のため通院中である。</li><li>・ 下記の状況により自宅療養を要する。<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 常時寝たきりである。</li><li><input type="checkbox"/> 日常的に安静が必要である。</li><li><input type="checkbox"/> その他( )</li></ul></li></ul>									
6. 上記5の状況による当該人の家庭での子どもの監護についてのご意見	(該当する□に✓をお願いいたします。)								
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 家庭での子どもの監護は困難である。</li><li><input type="checkbox"/> 家庭での子どもの監護は可能である。</li></ul>									
記載日	令和 年 月 日								
病院・医院名：	医師名： 印								

※この意見書は、船橋市放課後ルームに入所を希望する保護者の方が、病気や怪我のためご家庭で放課後の  
お子さまの監護ができないことを証するための資料となります。これ以外の目的には使用いたしません。

※この書類に関する費用等の負担は請求者（患者）になります。