（保護者等介護看護付添）

主 治 医 の 意 見 書

船橋市役所　放課後児童支援課　提出用

1. 氏　名　　男　・　女
2. 生年月日　〔大正　平成 / 昭和　令和〕　年　月　日
3. 診断日　令和　年　月　日
4. 診断名
5. 現在の状況　（該当する□に✔をお願いいたします。） ・ □ 年　月　日より　入院中（入院予定）　である。 ・ □ 治療のため通院中である。 ・ 下記の状況により自宅療養を要する。 □ 常時寝たきりである。 □ 日常的に安静が必要である。 □ その他（　）
6. 上記5の状況による当該人への看護・付添ついてのご意見 （該当する□に✔をお願いいたします。） □ 常態的に介護（付添）を要する。 □ 介護（付添）を必要としない。
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、看護や付添などのため、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。