

住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____

医 療 的 ケ ア 児 窓 口 相 談 票

□欄にチェックを、内容等につきましてはご記入をお願い致します。

(ふりがな) 児 童 氏 名		男 女	生年月日 年 齡	年 月 日生 (歳 ヶ月)
入所希望年月	年 月	希望クラス		歳児クラス
診 断 名	(1)	医療機関名		(1)
	(2)			(2)
	(3)	主 治 医		
各種手帳		訪問看護事業所		
保 育 の 要 件	保護者氏名 ()		保護者氏名 ()	
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護	
	<input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他	
入所希望施設	1位 () ※見学…済 or 未済 ← ”○”で囲む	5位 () ※見学…済 or 未済 ← ”○”で囲む		
	2位 () ※見学…済 or 未済 ← ”○”で囲む	6位 () ※見学…済 or 未済 ← ”○”で囲む		
	3位 () ※見学…済 or 未済 ← ”○”で囲む	7位 () ※見学…済 or 未済 ← ”○”で囲む		
	4位 () ※見学…済 or 未済 ← ”○”で囲む	8位 () ※見学…済 or 未済 ← ”○”で囲む		
施設見学希望日	希望日1 ()	希望日2 ()		
そ の 他				

