

(第1号様式)

ふりがな
 児童名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生
 (_____ 歳 _____ ヶ月)

ふりがな
保護者名

住所 小田原市

連絡先（電話番号）

*申請する項目の□にレ点を付け、()の該当する項目に○を記入してください

- ☐ 喀痰吸引（口腔・鼻腔内・気管カニューレ内部）
☐ 経管栄養（経鼻経管・胃ろう・腸ろう）
☐ 導尿
☐ 投薬（経口・注入・座薬・その他）

具体的な内容

○主治医

病院	科	(	先生)
病院	科	(	先生)

○通院頻度

○診 断 名

○集団保育の可否

主治医は、保育園での集団保育が可能と判断していますか？

(はい いいえ 未確認)