





**妊娠中の記録(1)**  
 ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える気持ちなどを書き留めておきましょう。

**妊娠**

**妊娠3か月** 妊娠8週～妊娠11週 ( 月 日～ 月 日)

※妊娠・出産について気軽に相談できる人を見つけておくと安心です。

**妊娠4か月** 妊娠12週～妊娠15週 ( 月 日～ 月 日)

※妊娠初期の血液検査結果を確認しましょう(以降も各種検査結果について確認しましょう)。  
 ※里帰り出産を予定している場合は、医師や助産師、家族と話し合い、準備しましょう。

最終月経開始日	年 月 日
この妊娠の初診日	年 月 日
胎動を感じた日	年 月 日
分娩予定日	〇〇年 〇月 〇日

※働く女性は、妊婦健康診査で医師等から指導(予防的措置も含みます。)があった際は、「母性健康管理指導事項連絡カード」を活用しましょう。

家族の状況申告書 児童との続柄: 父 母 祖父 祖母 その他 ( )

施設名 <input checked="" type="radio"/> ● <input type="radio"/> 保育園	児童氏名□□ □□ ( △年 △月 △日生) 児童氏名 ( 年 月 日生)	
事由	詳細	添付文書
<input type="checkbox"/> 出産	予定日 令和____年 ____月 ____日	母子手帳の写し (表紙および分娩予定日の記載があるページ)
<input type="checkbox"/> 障がい	障害者手帳____級 その他状況_____	障害者手帳の写し (表紙および等級の記載があるページ)
<input checked="" type="checkbox"/> 病気	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 令和__○年 __○月 __○日より見込み__○か月 病名 __△△△ 病院名 __▲▲▲	医師の証明 (※1) 医師の証明をもとに記入してください。
<input type="checkbox"/> 看護・介護	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 週 ____日 1日 ____時間 対象者氏名_____ 続柄_____	看護: 医師の証明 (※1) 介護: 医師又はケアマネジャーの証明 (※2)
<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 活動中 令和____年 ____月から開始 活動時の児童の保育状況 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 児童が保育所等入園後求職活動予定	
<input type="checkbox"/> 就学	週 ____日 1日 ____時間 学校名_____ 入学日 令和____年 ____月 ____日 卒業日 令和____年 ____月 ____日	在学証明書等、在学していることを確認できる書類 (必須) カリキュラム等、授業時間や内容を確認できる書類 (必須)
<input type="checkbox"/> 被災	居宅が火災や風水害や地震などの被害にあい、その復旧にあたって あたるため 罹災日 令和____年 ____月 ____日	被災証明書の写し
<input type="checkbox"/> その他	具体的状況_____	状況を確認できる書類

※1 裏面に医師の証明を受けてください。(診断書可)

※2 裏面に医師又はケアマネジャーの証明を受けてください。(診断書不可)

# 診 断 書 (病気の方、看護の方)

加療見込み期間が未定(不確定)の場合は「継続加療中」等記入してください

患者氏名・生年月日 ○○ ○○ (○○年 ○月 ○日)

初診日・加療見込み期間

病名 △△△ 令和 ○年 ○月 ○日～ ○年 ○月 ○日

■加療の方法 ・通院 月・週 日・入院 ○年 ○月 ○日より見込み ○か月・その他

※複数月に1回の通院や自宅療養の場合はその他に○をしていただき、その旨記入してください。

■保護者の疾病の場合 乳幼児保育不可 乳幼児保育困難 乳幼児保育可能

■保護者以外の疾病の場合 該当する番号に○をつけてください。

- 1 同居親族(長期間入院等をしている親族を含む。)の看護に週40時間以上の時間を要している。
- 2 同居親族(長期間入院等をしている親族を含む。)の看護に週24時間以上の時間を要している。
- 3 同居親族(長期間入院等をしている親族を含む。)の看護に週12時間以上の時間を要している。
- 4 その他( ) ※「～のため、保育所の利用が望ましい」など

上記のとおり診断します。

令和 ○年 ○月 ○日

病院名 △△△△

医師 病院所在地 △△△△△△△△

氏名 △△ △△

印

## 介護に関する申告(証明)書 (介護の方)

介護する方①	氏名		生年月日	年	月	日
	住所				②との続柄	
介護される方②	氏名		生年月日	年	月	日
	住所				①との続柄	
病名・病状 介護期間			要介護度や 手帳の所持			

該当する番号に○をつけてください。(ヘルパー、デイサービス、ショートステイ等の利用時間は除くこと)

- 1 同居親族(長期間入院等をしている親族を含む。)の介護に週40時間以上の時間を要している。
- 2 同居親族(長期間入院等をしている親族を含む。)の介護に週24時間以上の時間を要している。
- 3 同居親族(長期間入院等をしている親族を含む。)の介護に週12時間以上の時間を要している。
- 4 その他( ) ※「～のため、保育所の利用が望ましい」など

上記のとおり申告(証明)します。

令和 年 月

介護サービス事業者・病院名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

ケアマネジャー・医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

(注意事項) 本書類は、いなべ市の保育所等への利用事由を確認するための書類です。

家族の状況申告書 児童との続柄: 父 母 祖父 祖母 その他 ( )

施設名 <input checked="" type="radio"/> ● <input type="radio"/> 保育園	児童氏名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 児童氏名	( <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日生) ( 年 月 日生)
事由	詳細	添付文書
<input type="checkbox"/> 出産	予定日 令和____年____月____日	母子手帳の写し (表紙および分娩予定日の記載があるページ)
<input type="checkbox"/> 障がい	障害者手帳____級 その他状況_____	障害者手帳の写し (表紙および等級の記載があるページ)
<input type="checkbox"/> 病気	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 令和____年____月____日より見込み____か月 病名 _____ 病院名 _____	医師の証明 (※1)
<input checked="" type="checkbox"/> 看護・介護	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅 週 5 日 1日 5 時間 対象者氏名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 続柄 <input checked="" type="checkbox"/> 父	看護: 医師の証明 (※1) 介護: 医師又はケアマネジャーの証明 (※2)
<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 活動中 令和____年____月から開始 活動時の児童の保育状況 (_____ <input type="checkbox"/> 児童が保育所等入園後求職活動予定	医師又はケアマネジャーの証明をもとに記入してください。
<input type="checkbox"/> 就学	週____日 1日____時間 学校名 _____ 入学日 令和____年____月____日 卒業日 令和____年____月____日	在学証明書等、在学していることを確認できる書類 (必須) カリキュラム等、授業時間や内容を確認できる書類 (必須)
<input type="checkbox"/> 被災	居宅が火災や風水害や地震などの被害にあい、その復旧にあたっているため 罹災日 令和____年____月____日	被災証明書の写し
<input type="checkbox"/> その他	具体的状況_____	状況を確認できる書類

※1 裏面に医師の証明を受けてください。(診断書可)

※2 裏面に医師又はケアマネジャーの証明を受けてください。(診断書不可)

# 診 断 書 (病気の方、看護の)

加療見込み期間が未定(不確定)の場合は「継続加療中」等記入してください

患者氏名・生年月日 ○○ ○○ (○○年 ○月 ○日)

初診日・加療見込み期間

病名 △△△ 令和 ○年 ○月 ○日～ ○年 ○月 ○日

■加療の方法 ・通院 月・週 1日・入院 年 月 日より見込み か月・その他 \_\_\_\_\_

※複数月に1回の通院や自宅療養の場合はその他に○をしていただき、その旨記入してください。

■保護者の疾病の場合 乳幼児保育不可 乳幼児保育困難 乳幼児保育可能

■保護者以外の疾病の場合 該当する番号に○をつけてください。

1 同居親族(長期間入院等をしている親族を含む。)の看護に週40時間以上の時間を要している。

2 同居親族(長期間入院等をしている親族を含む。)の看護に週24時間以上の時間を要している。

3 同居親族(長期間入院等をしている親族を含む。)の看護に週12時間以上の時間を要している。

4 その他( ) ※「～のため、保育所の利用が望ましい」など

上記のとおり診断します。

令和 ○年 ○月 ○日

病院名 △△△△

医師 病院所在地 △△△△△△△△

氏名 △△ △△

印

## 介護に関する申告(証明)書 (介護の方)

介護する方①	氏名		生年月日	年	月	日
	住所			②との続柄		
介護される方②	氏名		生年月日	年	月	日
	住所			①との続柄		
病名・病状 介護期間			要介護度や 手帳の所持			

該当する番号に○をつけてください。(ヘルパー、デイサービス、ショートステイ等の利用時間は除くこと)

1 同居親族(長期間入院等をしている親族を含む。)の介護に週40時間以上の時間を要している。

2 同居親族(長期間入院等をしている親族を含む。)の介護に週24時間以上の時間を要している。

3 同居親族(長期間入院等をしている親族を含む。)の介護に週12時間以上の時間を要している。

4 その他( ) ※「～のため、保育所の利用が望ましい」など

上記のとおり申告(証明)します。

令和 年 月

介護サービス事業者・病院名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

ケアマネジャー・医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

(注意事項) 本書類は、いなべ市の保育所等への利用事由を確認するための書類です。

# 家族の状況申告書

児童との続柄：  父  母  祖父母

記入例：求職活動の場合

施設名 <b>〇〇保育園</b>	児童氏名 <b>〇〇 〇〇</b> (〇〇〇〇年〇月〇〇日生)
	児童氏名 <b>〇〇 〇〇</b> (〇〇〇〇年〇月 〇日生)

事由	詳細	添付文書
<input type="checkbox"/> 出産	予定日 令和____年____月____日	母子手帳の写し（表紙および分娩予定日の記載があるページ）
<input type="checkbox"/> 障がい	障害者手帳____級 その他状況_____	障害者手帳の写し（表紙および等級の記載があるページ）
<input type="checkbox"/> 病気	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 令和____年____月____日より見込み____か月 病名_____ 病院名_____	医師の証明（※1）
<input type="checkbox"/> 看護・介護	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 週____日 1日____時間 対象者氏名_____ 続柄_____	看護：医師の証明（※1） 介護：医師又はケアマネージャーの証明（※2）
<input checked="" type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 活動中 令和____年____月から開始 活動時の児童の保育状況（_____） <input checked="" type="checkbox"/> 児童が保育所等入園後求職活動予定	
<input type="checkbox"/> 就学	週____日 1日____時間 学校名_____ 入学日 令和____年____月____日 卒業日 令和____年____月____日	在学証明書等、在学していることを確認できる書類 カリキュラム等、授業時間や内容を確認できる書類
<input type="checkbox"/> 被災	居宅が火災や風水害や地震などの被害にあい、その復旧にあたって あたるため 罹災日 令和____年____月____日	被災証明書の写し
<input type="checkbox"/> その他 【3歳以上児の育児休業】	育児休業期間中の3歳以上児特別入所に限る	育児休業期間を確認できる書類
<input type="checkbox"/> その他	具体的状況_____	状況を確認できる書類

※1 裏面に医師の証明を受けてください。（診断書可）

※2 裏面に医師又はケアマネージャーの証明を受けてください。（診断書不可）