

病状内容証明書

(宛先) 伊勢崎市長

医師記入欄	※この証明書は保育の必要性を確認するためのものです。
患者の住所	
患者の氏名	
傷病名	
病状	
初診日	年 月 日
入院(予定)期間	年 月 日～ 年 月 日頃まで
通院期間	年 月 日～ 年 月 日頃まで (通院 週 日・ 月 日)
加療(見込み)期間	年 月 日～ 年 月 日頃まで ・ 未定
患者の状況について (①～③について該当 項目に○をつけてくだ さい)	① 患者さんはどのような状況ですか 常時臥床・一般療養 ② 患者さんが保護者の場合、就学児童の保育は可能ですか 保育が可能・保育が部分的に困難・保育が日常的に困難・保育が不可能 ③ 患者さんは介護が必要ですか 介護は不要・一部介護(食事・排泄・入浴・移動)が必要・常時介護が必要
特記事項 (あれば記入してください)	
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関名 _____ 所在地 _____ 担当医氏名 _____	

保護者記入欄	児童クラブ名
	保護者名
	児童名