

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	伊勢崎市
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、就学前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 ・ 常時介護が必要 ・ 一部介護(食事・排泄・入浴・移動)が必要 ・ 介護は不要
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 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-left: 100px;"> <div style="text-align: center;"> <p>医療機関名</p> <hr style="width: 300px; margin: 5px 0;"/> <p>所在地</p> <hr style="width: 300px; margin: 5px 0;"/> <p>担当医師名</p> <hr style="width: 300px; margin: 5px 0;"/> </div> </div>	

・この証明書の有効期間は証明日から6か月です。

保護者記入欄	施設名
	保護者名
	児童名