

## 病状内容証明書

（宛先） 伊勢崎市長

<b>医師記入欄</b>	※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)	<p>①患者さんはどのような状況ですか</p> <p>・ 常時臥床      ・ 一般療養</p> <p>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</p> <p>・ 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</p> <p>③患者さんは介護が必要ですか</p> <p>・ 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</p>	
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		
担当医師名		

・この証明書の有効期間は証明日から6か月です。

<b>保護者記入欄</b>	施設名
	保護者名
	児童名