

# 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 ・ 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 ・ 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 ・ 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)	
<p>上記のとおり証明します</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">所在地 _____</p> <p style="text-align: right;">担当医師名 _____</p>	

・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