

# 病状内容証明書

(宛先) 伊勢崎市長

さ  
り  
と  
り

<b>医師記入欄</b>	※この証明書は保育所(園)等の申込にあたって、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 頃まで
通院期間	年	月	日 頃まで (通院 週 日・月 日)
加療(見込み)期間	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。 年 月 日			
医療機関名 _____ 所在地 _____ 担当医師名 _____ (印)			

<b>保護者記入欄</b>	施設名
	保護者名
	児童名

