

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。 年 月 日 医療機関名 _____ 所在地 _____ 担当医師名 _____ (印)	

保護者記入欄	施設名
	保護者名
	児童名