

疾 病 負 傷 証 明 書

医 師 証 明 欄	患者氏名		(昭和/平成/令和 年 月 日生)			傷病名	
	診療 見込 期間	入院	開始	年 月 日から	入院	期 間	か月間 週間
		外	終了予定	年 月 日まで	(予定) 年月日	年 月 日	
	症 状	<p>該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。</p> <p>1 1か月以上の入院もしくは入院見込み、常時臥床を要するもの</p> <p>2 安静を要するもの、又は日常生活に支障があり、家庭での保育が困難であると見込まれるもの</p> <p>3 1か月以上、週3日程度の通院加療等が必要であり、家庭での保育に支障があると見込まれるもの</p> <p>4 疾病・負傷による日常生活への影響は軽微で、家庭での保育は可能であると見込まれるもの</p> <p style="text-align: center;">[]</p>					
<p>上記のとおり認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 在 地 TEL (-)</p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">医 療 機 関 名</p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">担 当 医 師 印</p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">※ この証明書は証明年月日の記入がない場合及び、医師の印がない場合は無効です。</p>							

※ 医療機関の方へ

この証明書は保育利用の認定・利用調整の審査資料となるものです。漏れなくご記入いただきますようお願いいたします。

(注意事項)

- 1 この用紙は、疾病等のため保育が必要であることを理由に、保育利用を申し込まれる際に、その証明として添付していただくためのものです。
- 2 医療機関の証明の内容によっては、保育利用の要件に該当しないことがあります。(証明欄の「症状」4の場合は非該当)
- 3 証明を取得する際に医療機関で料金が必要な場合は、個人の負担となります。