

## 疾病・障がい状況証明書

患者氏名				患者生 年月日	年 月 日生
診療 見込 期間	入院	開始	年 月 日から	終了 予定	年 月 日まで
	通院	開始	年 月 日から	終了 予定	年 月 日まで
傷病名					
症状					
患者による子どもの保育について					
日常の子どもの保育		可能 ・ 不可能			
本人の症状等から保育が不可能である理由					

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地

---

医療機関名

---

主治医氏名

---

⑩

※この証明書は記入漏れがある場合及び医師の印がない場合は無効です。

※「日常の子どもの保育」欄で「可能」の場合は、保育必要事由非該当となります。