

疾病事由

疾病状況に関する証明書

保育所・子ども園申請用

患者氏名

住 所 長島町

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

病 名

＜病 状＞

※ 以下のうち該当する番号全てを○印で囲んでください。

- 1 今後、概ね1か月以上の期間、入院加療が必要である。
入院期間（ 年 月 日～ 年 月 日）
- 2 今後、概ね1か月以上の期間、在宅で安静が必要（※）である。
期間（ 年 月 日～ 年 月 日）
- 3 今後、概ね1か月以上の期間、通院加療が必要である。
通院期間（ 年 月 日～ 年 月 日）
通院頻度（ 月 / 週 回）

上記のとおり証明する。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

㊞

※ 安静が必要とは、疾病の状態により日常的に子どもを保育できない状態を指す。