|  |  |
| --- | --- |
| 入所（申込み）施設名 |  |
| 入所（申込み）児童氏名 |  |
|  |  |
|  |  |

疾病証明書

阿久比町長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 住所 |  |
| 申請者 |  |  |
|  | 氏名 |  |

Ⅰ　入院の場合

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名 | （発症日：　　　年　　月　　日） |
| 入院期間（予定） | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日頃 |
| 介護・看護の必要 | 無　・　有　（　毎日　・　週　　　日） |
| 退院後の見込み |  |

Ⅱ　通院の場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 傷病名 | （発症日：　　　年　　月　　日） | | |
| 通院状況 | 週　　　日 | 治癒の見込み | 年　　月　　日 |
| 介護・看護の必要 | 無　・　有　（　毎日　・　週　　　日） | | |
| 家庭での保育に  与える影響 |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※ 調査確認欄  （記入不要） | 上記のとおり相違ないことを証明します。  令和　　年　　月　　日   |  |  | | --- | --- | | 医療機関名 |  | | 所在地 |  | | 担当医師名 |  | | 電話番号 | ―　　　　　　― | |
| 年　　月　　日  訪問・電話・来所  担当者 |