疾 病 証 明 書

（宛先）紀の川市長

<table>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>受診状況</td><td colspan="2">☐ 通院（月･週　　日程度）　･　その他（　　）
☐ 入院（期間など:　　）
☐ 自宅療法での状況（･常時伏臥　･特定疾患又は感染症　･常時安静　･その他）</td></tr>
<tr><td>病　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>症　状</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">療養状況及び児童を保育する上での困難さに関する意見（該当するものにチェックをしてください。）</td><td colspan="2">児童の保育に関して、
☐ 保育をすることができない
☐ 常時、保育をすることが難しい
☐ ときどき、保育をすることが難しいことがある
☐ ほとんど保育に支障はない</td></tr>
<tr><td colspan="2">児童を保育する上での困難さに関するご意見があれば記入してください。</td></tr>
<tr><td>治療見込み期間</td><td>令和　　年　　月　　日 から</td><td>☐ 令和　　年　　月　　日 まで
☐ 未　　定</td></tr>
<tr><td colspan="3">上記のとおり相違ありません
証明年月日
令和　　年　　月　　日
医 療 機 関 名
住　　所
医 師 名　　印
電 話 番 号</td></tr>
</table>

注)この疾病証明書は、保育の認定及び利用調整の際の資料となるため、事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、医療機関に問い合わせることがあります。
また、証明内容について虚偽が認められた場合は、保育の決定(内定)や実施(入所)を解除する場合があります。

【問い合わせ先】　紀の川市役所　福祉部　保育課　TEL:0736-77-0892