

※医療機関記入欄

氏名	児童との続柄（ ）	生年月日	年 月 日
住所			
病名	初診日（発病年月日）		年 月 日
通院及び療養期間 ※見込みで構いません。 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 通院の頻度 （ ヶ月・ 週） に （ 回） 要する。		入院期間 ※入院中又は予定の場合のみ 年 月 日から 年 月 日まで	
各項目の該当する箇所にチェックしてください。			
●日常保育について		●制限または介助を要するもの ※複数チェック可	
☐ 日常保育は不可能		☐ 就労 ☐ 家事 ☐ 育児	
☐ 日常保育の軽減が必要		☐ 歩行 ☐ 入浴 ☐ 排泄 ☐ 食事	
☐ 日常保育への支障は少ない		☐ 育児の着脱 ☐ 起き上がり	
		☐ その他（ ）	
病状及び所見			
☐ 日中の大半を病床に過ごしている			
☐ 精神病・感染症等により乳幼児に悪影響を及ぼす恐れのある者			
☐ 比較的軽症で定期的に通院治療および自宅療養の者			
（生活や就労の制限、児童を保育できない状況について具体的にご記入ください。）			
上記のとおり、証明します。			
令和 年 月 日			
医療機関名			
所在地			
医師名			

保護者 記入欄	児童名	生年月日	施設名	児童との続柄
		H・R 年 月 日	（在園・新規）	父・母 祖父・祖母
		H・R 年 月 日	（在園・新規）	
		H・R 年 月 日	（在園・新規）	