

## 証 明 書

患 者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

1. 傷病名 \_\_\_\_\_  
2. 病 状 \_\_\_\_\_  
3. 状 態

- 就床安静を必要と する ・ しない  
○ こどもの保育が できる ・ できない

4. 診療状況

- ① 入院 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日頃まで  
② 通院 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日頃まで

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

担当医師名

⑩

雫 石 町 長 殿

施設名	
保護者氏名	
児童名	