

医師 証 明 書

傷病者氏名	
傷病名	
医師所見	

*病状や治療上から、傷病者の常態に該当するものに○をつけてください

傷病者は日中、児童の保育ができますか？	保育できる ・ 保育できない
傷病者は日中、家族等(医療機関等以外)の看護や介護が必要ですか？	必要とする ・ 必要としない

通院・往診の場合	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	回数	週()回程度の通院・往診を要す
入院の場合	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日

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 _____

電話番号 _____

医師名 _____ ⑩