

保護者記入欄

児童名		生年月日	年 月 日	施設名	
児童名		生年月日	年 月 日	施設名	
児童名		生年月日	年 月 日	施設名	

傷 病 証 明 書

傷 病 者 氏 名		児 童 と の 続 柄	父 ・ 母 ・ その他 ()
傷 病 名			
保育施設が必要である理由 (医 師 の 意 見)	☐ 入院 ☐ 常時病臥・絶対安静 ☐ 安静(子の保育ができない) ☐ 療養(子の保育に支障がある) (現在の症状や状況などを具体的にご記入ください。)		
入 院 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日		
今 後 の 治 療 見 込 期 間	☐ 期限あり(年 月 日) ☐ 永続的(継続的)な治療が必要 ☐ 未定		
摂津市長 様 上記のとおり相違ないことを証明します。		証 明 日	年 月 日
◆押印不要です ◆この証明書の記載内容について、 医療機関等に無断で作成し又は 改変を行ったときは、刑法上の 罪に問われる場合があります		所 在 地	
		医 療 機 関 名	
		医 師 名	
		連 絡 先	— —

介 護 ・ 看 護 診 断 書

保 護 者 記 載 欄	介護・看護を行う者の氏名		介護・看護が必要な者と 児童との続柄	
	介護・看護が必要な者の氏名			
	傷病名			
	入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
	保育施設が必要である理由 (医師の意見)	☐ 絶対安静又は日常生活での動作及び行動が著しく困難である等、常時介護・看護又は入院付き添いが必要 ☐ 介護・看護及び通院介助が常態的に必要 (現在の症状や状況などを具体的にご記入ください。)		
医 師 記 載 欄	今後の治療見込期間	☐ 期限あり(年 月 日) ☐ 永続的(継続的)な治療が必要 ☐ 未定		
	摂津市長 様 上記のとおり相違ないことを証明します。		証 明 日	年 月 日
	◆押印不要です ◆この証明書の記載内容について、 医療機関等に無断で作成し又は 改変を行ったときは、刑法上の 罪に問われる場合があります		所 在 地	
			医 療 機 関 名	
			医 師 名	
連 絡 先			— —	

※職員が必要であると判断した場合には、添付書類の他にも書類提出をお願いすることがあります。

・上記の証明内容について、摂津市の職員が電話、訪問、文書等により確認させていただく場合があります。
＜提出先・お問い合わせ先＞ 摂津市 教育委員会事務局 こども家庭部 保育教育課 06-6383-1184(直通)

〒566-8555 摂津市三島1丁目1番1号 摂津市役所新館6階