

医師連絡票

病児保育みまもり宛

年 月 日

医療機関 所在地
名称
電話
FAX

診療医師名

印

児童名

性別

男 ・ 女

生年月日

年 月 日生

歳

ヵ月

病 名

症 状

当てはまるものに○をお願いします

隔離 要 ・ 不要

服薬 あり なし (ありの場合は内容をお願いします)

利用施設 : 病児保育室のみ ・ 病後児保育室のみ ・ どちらでも可

その他注意事項

問い合わせ先

吉松下原保育園 病児保育「みまもり」

(代) 092-986-3003