

家庭医連絡票

病児保育室 にこたす 宛

年 月 日

医師より下記児童について説明を受けたので、病児保育室を申込みます。

保護者名 _____

(※保護者記入)

ふりがな		男	生年月日	年 月 日生
児童氏名		女		(歳 カ月)
住 所			電話番号	— —

(※医療機関記入)

病 名 症状・病名等			
安 静 度	安静・隔離室で隔離（同病他児との同室は可）・その他（ ）		
薬	特になし ・ 処方のとおり ・ その他（ ）		
その他留意点			
医療機関の所在地及び名称 電話番号 担当医師氏名 印			