

病児保育医師連絡票

病児保育室 宛て

記入日 年 月 日

医療機関 住 所

名称

電話番号

醫師名

印

病児・病後児保育室の利用にあたり必要な情報について下記のとおり提供します。

保護者記入欄	フリガナ 児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日
	住 所		在籍施設	(保育所等・幼稚園名)
	フリガナ 保護者氏名		電話番号	

(医療機関記入欄)

[illegible]

(注1) 病気の回復状況によっては、本利用連絡票の再提出を求めることがあります。

(注2) 利用（見込み）期間内は、児童の病状に関する問い合わせにご協力ください。