

病児・病後児保育 医師連絡票

はっぴい保育園 病児・病後児保育		令和 年 月 日	
住所			
医療機関名			
医師 名		印	
次の児童の病状について報告します			
氏 名		性 別	男・女
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)		
<u>病名及び病状</u>			
投 薬			
なし ・ あり (ありの場合…薬の名称)			
その他必要な事項			