

# 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 ケ月 ) |     |

病名及び病状

投 薬

なし ・ あり (ありの場合…薬の名称 )

その他必要な事項