

病後児保育に係る医師連絡票

この連絡票は、当該園児の保育受け入れに当たり、医療機関でのご意見をお願いするものです。

問合せ先（提出先） 山梨市 小原東 356 番地
認定こども園くさかべ幼稚園
TEL 0553-22-9898

園児	氏名 (性別) 男 ・ 女	(生年月日) 年 月 日生	(年齢) (歳 ヶ月)
	住所		

《当該児童の保育受け入れに当たっての所見および連絡・指示事項等》

病名	
主な症状	
保育施設への連絡・指示事項 ※食事・運動制限、投薬、容体変化時の対応等について具体的な指示をお願いいたします。	

診察の結果、上記児童は一般保育施設において、保育を受けることが現時点では可能であると考えられますので、上記の通り連絡いたします。

診察日 年 月 日

医療機関名

医師名

印