

医師連絡票

病児保育こもれび宛

年 月 日

医療機関 所在地

名称

電話

F A X

診療医師名

印

児童名

生年月日

年 月 日生

性別

男・女

病名

病状

どちらかに○をお願いします

隔離

要・不要

保育日誌Fax送信

要・不要

服薬

あり・なし

利用施設

病児保育室 ・ 病後児保育室

その他注意事項

問い合わせ先

こもれび保育園
病児保育こもれび

092-595-6522