

様式第3号(第7条関係)

医師連絡票(病後児保育用)

この様式は、橋本市病後児保育事業の受入れについての意見をお願いするものです。

問い合わせ先 橋本市東家一丁目1番1号  
 橋本市健康福祉部 こども課(保育幼稚園係)  
 電話 33—6102(直通)

対象児童		診察日	年 月 日
病名		症状	
回復期であるため、病後児保育室への入室は差し支えありません。			
連絡事項	(薬) 食前 粉 錠剤 水 食後 粉 錠剤 水 食間 粉 錠剤 水 (その他の薬) 解熱剤 塗り薬 目薬 座薬 (食事) 普通食 配慮が必要(内容)  (その他)		

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ (印)