

松原の杜病児保育室 医師連絡票

病児室利用について、下記の通り連絡します。

お子様の名前	※受診日	※西暦	年	月	日
	※かかりつけ医 医師名	印			
連絡先 (電話・FAX)	連絡先 (電話・FAX)				
※病児室を必要とする期間 月 日～ 月 日まで (日間) ※7日以内となっています					
※検査結果 1. 有 (検査日 月 日) 結果：陰性・陽性 2. 無⇒ 理由 ()					

診断名					
病児保育の利用可否 (○印)	1. 可	2. 否			
病児室での隔離 の必要性(○印)	1. 無	2. 有			
処方内容	ご記入いただくか、薬品情報のコピーを添付してください				

【注】 ※印部分の記入がないものは無効となります