

連絡表

(あて先) 南アルプス市長

病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

(太枠内は、保護者の方が記入して下さい。)

ふりがな 児童氏名		男・女	生年月日	年	月	日
				(	歳	)
住所 電話			保護者氏名			
傷病名						
症状	発熱・下痢・嘔吐・咳嗽・喘鳴・発疹・その他( )					
診療形態	初診年月日		年	月	日	
	外来	往診	入院 ( 年 月 日)			
	発症年月日		年	月	日	
初発・再発	1 初診		2 再発 (初発		年 月 日)	
症状・既往症・治療状況・退院の年月日等						
現在の投薬状況						
保育上の留意事項(安静・食事・特異体質等)						

本児童は、病後児保育事業を利用することに差し支えありません。

医療機関名

医師名

印