

(様式2)

医師連絡票

チャイルド・ケアセンター殿

氏名 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

病名 (症状) _____

安静度	1. 隔離室で隔離 2. 室内安静 (他児との静かな遊びは可) 3. 室内保育 (他児と室内で普通に遊んで良い)
注意事項	
処方内容	
次回受診日	_____ 月 _____ 日 ()
備考	

病後児保育室の利用が可能と認めます。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所

医療機関名

医師名

印