

春日市乳幼児健康支援一時預かり事業

医師連絡票

病児デイケアセンターかすが 宛

平成 年 月 日

診療医師名

印

児童名

生年月日

平成 年 月 日生

性別

男 ・ 女

病名及び病状

隔離

要・不要

どちらかに○をお願いします。

保育日誌 Fax送信

要・不要

どちらかに○をお願いします。

服薬

あり ・ なし

問い合わせ先

病児デイケアセンターかすが 092-501-7001

春日市こども未来課保育所担当 092-584-1126