

春日市病児保育事業

医師連絡票

病児デイケアセンターかすが 宛

令和 年 月 日

診療医師名

印

児 童 名

生 年 月 日

平成・令和 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 F a x 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

春日市子育て支援課こども相談担当

092-584-1010