

# 連 絡 票

(あて先) 認定こども園大田 園長

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ください。

ふりがな 児童氏名		男	生年月日	年 月 日
		女		( 歳 月 )
住 所 電 話	伊達市  ( )	保護者氏名		

医療機関記入欄	
傷病名	
症 状	
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 初発 2 再発 (初発 年 月 日)
安静の有無	必要 ( ) ・なし
与薬の有無	あり ( ) ・なし
留意事項	生活・食事・体質等について

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。

年 月 日

医療機関名

医 師 名

印