企業主導型病児病後児保育事業

医　師　連　絡　票

病児保育　こもれび　宛　　年　　月　　日

医療機関　所在地

名　　称

電　　話

ＦＡＸ

診療医師名　　㊞

児童名			
生年月日	年　　月　　日生	性別	男・女
病　名			

病　状

どちらかに○をお願いします

隔離　　保育日誌Ｆａｘ送信

要　・　不要　　要　・　不要

服薬

あり　・　なし

利用施設　病児保育室のみ　・　病後児保育室のみ　・　病児保育室、病後児保育室どちらでも可

その他注意事項

問い合わせ先

こもれび保育園
病児保育　こもれび

092－595－6522