

(様式第2号)

医師連絡票

児童名	(平成・令和 年 月 日生まれ)	保育所名	保育所(園)
所見(病名等)		(病名不明のとき) ・発熱 ・咳嗽 ・喘鳴 ・嘔吐 ・発疹	
配慮すべき事項(感染、治癒経過、食事等、薬の服用等)があればお願いします。			

病後児保育を利用するにあたり、上記のとおり連絡します。

病後児保育事業者 様

令和 年 月 日

担当医師名

医療機関 様へ

泉佐野市では、保育園児で病気や怪我の回復期で集団保育が困難な児童を一時的に保育する病後児保育を実施しております。

施設でお預かりする上で、上記の連絡票を交付していただきますように、よろしくお願いいたします。

なお、紹介にあたっては、泉佐野泉南医師会を通じご協力を依頼させていただいております。