

様式第4号

サンチャイルド長久さわらび園  
園長宛

## 主治医連絡票

保護者記入

対象者氏名		生年月日	平成	年	月	日
住所	大田市					

主治医記入

サービス名	病後児保育事業
主治医意見	<p>1. 病名・症状 ( ) 病後児保育の利用について ・可能 と考えます ・不可能</p> <p>2. 実施上の注意事項 ( 投薬や吸入の指示、けいれん予防や、発熱時の座薬使用の指示など ございましたら、ご記入ください。 ) ・特になし ・有 [ ]</p>

平成 年 月 日

医療機関名

担当医師名

印