

医師連絡票(茨木市病後児保育用)

児童名: _____ (男 ・ 女) 年 月 日生

診 断 名	
診療開始日	年 月 日
症状の経過	
使用薬品名	
指示内容(投薬等)	病後児保育室での投薬 (あり ・ なし)
次回診察予定日	年 月 日
その他(食事等)	

以上の内容により、回復期であるため病後児保育室への入室は可能であると考えます。

年 月 日

医療機関名

医師名 _____ 印 _____ TEL _____

※ この医師連絡票をもとに、病児保育室の判断により入室の決定をします。

【問合先】

・こどもの園敬愛保育園内 こどもの園健康支援センター(病後児保育室)

茨木市中穂積三丁目1-22 TEL 072-645-0099

・おとのは学園内 おとのは学園病後児保育ルームさんさん

茨木市平田一丁目29-38 TEL 072-637-1122