

様式第1号

所沢市病児・病後児保育事業利用連絡票  
 医療法人慈桜会瀬戸病院  
 病児保育もりもり保育室宛て

病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

|                               |   |    |     |
|-------------------------------|---|----|-----|
| 児童氏名                          |   | 住所 | 所沢市 |
| 病 名 及 び 病 状                   |   |    |     |
|                               |   |    |     |
| 処 方 内 容                       |   |    |     |
| 留 意 事 項                       | ※隔離の必要 (必要・不要・その他)<br>※お預かりできない疾病<br>流行性角結膜炎、水痘、麻疹、疥癬 |    |     |
| 次回診察予定                        | 年 月 日 ( )   |    |     |
| 年 月 日<br>所在地<br>医療機関名<br>医師氏名 |   |    |     |
|                               |   |    | ⑩   |