

年 月 日

### 留萌市病児保育医師連絡書

病児保育室の利用について、下記のとおり連絡します。

#### (保護者記載欄)

児 童 氏 名		生 年 月 日	年 月 日 ( 歳 か月)
---------	--	---------	------------------

#### (医師記載欄)

該当する病名・症状など必要事項の記入をお願いします。	
(病 名)	《主な病状》○印 1.発熱      4.せき 2.おう吐    5.鼻水 3.下痢      6.発しん ※その他 (                    )
そ の 他	

年 月 日

診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。

医療機関名 留萌市立病院小児科

医 師 名

印