

可児市病児保育連絡票

年 月 日

様

医 療 機 関 名

所在地・電話番号

医 師 氏 名

| | |
|--|--------------------------------|
| 患 者 | 氏 名 様 年 月 日生 男・女 |
| | 住 所 |
| 病状・症状 | |
| 留意点等 | |
| 年 月 日診断の結果、現時点での入院の必要はみとめられません。 また、伝染性の病気ではありません。 | |