

病児保育事業診療情報提供書

KOJIKA KIDS 施設長宛

医療機関 住所

名称

医師名

電話番号

病児保育の利用にあたり必要な情報について下記のとおり提供します

ふりがな						
児童氏名		男・女	生年月日	年	月	日
住 所	東京都板橋区			電話番号		
病名および主な症状						
病気の経過						
治癒状況・保育上注意すべき事項						
既往歴・家族歴						
食事に対する特別な指示						
処方薬品名・用量・用法・効用						