

医 師 連 絡 票

福岡徳洲会病院 たんぽぽ病児室 宛

年 月 日

診断医師名

⑩

園児(児童)名

生年月日

年 月 日生

性別

男 ・ 女

病 名

病 状

隔 離 要 ・ 不要 どちらかに○をお願いします。

服 薬 有 ・ 無

特記事項 ※預かりの際、注意することがあれば、ご記入ください。

※保育日誌 FAX 送信 要 ・ 不要 どちらかに○をお願いします。

要の場合…FAX 番号 ()

本紙は医師記入日より三日間有効とする

問い合わせ先

福岡徳洲会病院たんぽぽ病児室 092-514-6178 (直通)