

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) ※お預かりできない疾病 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 所在地 医療機関名 医師氏名			
⑩			