小 郡 市 病 児 ・ 病 後 児 保 育 事 業

医　師　連　絡　票

こぐま子どもの家　病児保育室　宛

令和　　年　　月　　日

医療機関名
所 在 地
電話番号
診療医師名　　印

児童氏名		生年月日	年　月　日生
病名			
症状			
隔離	要 ・ 不要　どちらかに○をお願いします。		
検査	有 ・ 無　検査名：　結果：（ ＋ － ）		
処方	有 ・ 無　※ 薬の内容につきましては「お薬手帳」をご持参ください		
お預かり中の注意点			

こぐま子どもの家
〒838-0141　小郡市小郡 1616
TEL：0942-72-7221
FAX：0942-72-7222