大野城市病児保育事業医師連絡票

松田小児科医院　御中

令和　　年　　月　　日

診療医師名　　印

児童名			
生年月日	平成・令和　　年　　月　　日生	性別	男　・　女

病名及び病状

隔離：　要　・　不要

服薬：　なし　・　あり（薬の名称：　　）

その他必要な事項

問い合わせ先　松田小児科医院　092-501-2894

（デイケアルーム直通）092-582-5122

大野城市子育て支援課保育所・幼稚園担当（直通）092-580-1864