

# 診療情報提供書

(あて先) 高崎市総合福祉センター

指定管理者・藤田・東急グループ

ファミリー・サポート・センター病児・病後児相互援助活動の利用について次のとおり連絡します。

年 月 日

\*太枠保護者記入

ふりがな 児童氏名	-----	男 女	生年月日	年 月 日生 ( 歳 か月)
保護者氏名			住所・電話	☎
傷病名				
症 状				
投薬状況				
* 保育上の留意事項 (安静・食事・特異体質等)				

本児童は、病児・病後児相互援助活動を利用することに差し支えありません。

医療機関名 \_\_\_\_\_