

診療情報提供書

(あて先) 高崎市ファミリー・サポート・センター

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。

【保護者記入欄】

ふりがな		性別	男 ・ 女
児童氏名		生年月日	20 年 月 日生 (歳 か月)
ふりがな		住所	
保護者氏名		電話番号	(自宅電話)
			(携帯電話)

【主治医記入欄】

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。

年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

医師名 _____ (印)