

筑紫野市病児保育事業医師連絡票

年 月 日			
キッズケア二日市 (山田小児科医院) 御中			
診療医師名.....印			
次の児童について、報告します。			
児 童 名			
生年月日	年 月 日	性別	男・女
病名及び病状			
投薬	なし・あり 〔 ありの場合は、薬の名称 〕		
そのほか必要な事項			

キッズケア二日市（山田小児科医院）（092-924-2288）

筑紫野市健康福祉部保育児童課保育児童担当（092-923-1111 内線 412・413・414・415）