聖心保育園通園に関する医師の所見

年　　月　　日

聖心保育園園長　　様

保護者住所：

電話番号：

保護者氏名：　　印

聖心保育園通園について、下記の通り医師の所見を提出します。

記

患者氏名	男・女	生年月日	平成　　年　　月　　日（歳）
診断名又は病名			
手術または創傷部位			
処方内容（内服している場合、注意事項等があれば記入をお願いします）			
保育上注意すべき事項 食事： 更衣： 排泄： 戸外活動（運動・散歩・駆けっこ・鉄棒等）： 室内活動：			
その他（特記事項）			

平成　　年　　月　　日

病院名　　診療科

医師名