

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 :

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 | 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) | | | |

年 月 日

病院名

診療科

医師名