

疾病連絡表

氏名 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

疾病名 _____

1. 上記傷病について、保育園における集団生活は可能であると判断します。

(慢性疾患等の場合)

2. 上記傷病について加療中でしたが
_____ 月 _____ 日から保育園における集団生活は可能であると判断します。

*病後児保育を利用する場合は _____ 月 _____ 日から可能と判断いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師名 _____

*お忙しい中お手数ですがよろしくお願い申し上げます。

みなみの風こども園

みなみの風ファミリー保育園

糟屋郡志免町別府 1-22-27 TEL936-4944