様式第３号（第９条関係）

春日部市病児保育事業医師意見書

実施施設の長　あて

住　　所
対象児童氏名
生 年 月 日

上記の児童について、診断の結果、現時点での入院の必要性は認められず、（　病児保育　・病後児保育　）の利用が可能と認めます。

かかっていた病気

病　名　及　び　病　状

食事（該当する項目に〇をお付けください。）

ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期） 幼児食・下痢食・アレルギー食（除去内容：　　）

保育室の看護師への連絡事項

・与薬（あり・なし） ・その他

保育上留意すべき点（安静度・アレルギー・体質傾向など）

※上記内容のほか、当該対象児童の預かりについて、必要な情報を提供します。

診断日

年　　月　　日

医 師 署 名
医療機関名
所　在　地
氏　　名