

年 月 日

様

御嵩町病児保育連絡票

医療機関名
所在地・電話番号
医師氏名

患者	氏名 様 年 月 日生 男・女
	住所
病名	
病状・症状	
留意点等	
年 月 日診断の結果、現時点での入院の必要は認められません。また、伝染性の病気ではありません。	