

年 月 日

御嵩町長 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。						