

様式第3号（第9条関係）

春日部市病児保育事業（病後児対応型）医師診断書

春日部市長 あて

住 所
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、病児保育事業（病後児対応型）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○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）

--

診断日

年 月 日

医 師 署 名
医療機関名
住 所
氏 名

印