

様式第 1 号（第 9 条関係）

主治医意見書

年 月 日

（宛先）静岡市長

医療機関 所在地 _____
医療機関 名称 _____
担当医名 _____
電話番号 _____

次の者は診察の結果、病児・病後児保育事業の利用が可能です。

氏 名			性 別	男 ・ 女
病 名				
現在の 与薬処方	処方 内容	薬品名	用 量	用 法
保育上の 留意点	1. 室内安静（ 絶対安静、他児との静かな遊びは可 ）			
	2. 室内保育（ 他児と室内で普通に遊んでよい。）			
	3. その他			
	※ この意見書の有効期限は、1 週間です。			