

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 内容	処 方 内 容	薬品名	用 量	用 法
		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		
保育上の 留意点		※ この意見書の有効期限は、1週間です。		