

# 可児市病児保育連絡票

令和 年 月 日

可児市長様

医療機関名

所在地・電話番号

医師氏名

患者	氏名 様 平成・令和 年 月 日生 男・女
	住所
病名	
病状・症状	
留意点等	
令和 年 月 日診断の結果、伝染性の病気ではありません。 新型コロナウイルス抗原検査又はPCR検査の結果、陰性でした。 現時点で病児保育を利用することを許可します。	