

「すくすくくらぶ」と「かかりつけ医」との連絡票

年 月 日

[医療機関名]	TEL : FAX : 医師名	印
[児童名]		
[病 名] ☞ 現在、内服中のくすり ☞ 注意事項 ◇ 隔離が必要 ・ 必要なし		

[チェックリスト]

- 本人または同居家族等が新型コロナウイルス（COVID-19）に感染していない
- 本人または同居家族等が濃厚接触者に該当しない
- 14日以内に感冒症状（発熱/咳嗽など）がある高校生以上の家族がいない
- 本人のコロナウイルス迅速検査が陰性である

※ COVID-19 発生のため閉園している園に通っている児はお預かりできません。