

連 絡 票

児童の氏名		平成 年 月 日生 (歳) 男・女
平成 年 月 日 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。		
診断医療機関名及び 電話番号		診断医師署名 印

※太枠は医師が記載し、その他は、保護者が記載すること。

症状 (病名等)	
経過 (検査内容等)	
治療 (処方内容)	食前・食後・(時)・その他 ()

保育上の留意点	
安静	特に制限なし・ベット安静・その他 ()
食べ物	特に制限なし・絶食・その他 ()
薬	特になし・処方の通り・その他 ()
その他留意事項	

医師より上記の説明を受けた上で、病児保育を申し込みます。

保護者名 _____

連絡事項	
保護者の勤務場所 (所在地)	
緊急連絡先 (氏名・電話番号)	(第一) 電話番号 () 関係 ()
	(第二) 電話番号 () 関係 ()
お迎え予定者	関係 ()