

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・ベッド安静・その他()
食べ物	特に制限なし・絶食・その他()
薬	特になし・処方のとおり・その他()
その他の留意事項	

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	
保護者の勤務先名 " 住所	
緊急連絡先 (氏名・電話番号)	(第1) 氏名 続柄 電話番号
	(第2) 氏名 続柄 電話番号
お迎え予定者	続柄
お迎え予定時間	時 分頃