

# 連 絡 票

児童の氏名 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日生 ( 歳) 男・女</div>	
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  <div style="text-align: right;">印</div>

※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	<div style="text-align: right;">関係 (                      )</div>