

医師連絡票兼利用申込書

病児・病後児保育事業の利用にあたり、必要な情報について下記の通り提供します。

※太枠は医師が記載すること

児童の氏名	
令和 年 月 日生 (歳) 男・女	
令和 年 月 日 病児・病後児保育事業の利用が可能であることを認めます	
診断医療機関名及び 電話番号	診断医師名 (印)

症状 (病名等)	
検査	新型コロナウイルス感染症 (未実施 ・ 陰性) インフルエンザウイルス (未実施 ・ 陰性) その他検査 (結果 :)
治療 (処方内容)	食前・食後・(時) ・その他 ()

保育上の留意点	
安 静	安静 (ベッド上)・室内安静 (ベッ上が主。静かな遊びは可) 室内保育 (室内で普通に遊んでよい)・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・病後児保育を申し込みます。

申込者 住所 _____
(保護者) 氏名 _____ (印)

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 ()