連　絡　票

児童の氏名 年　　月　　日生（　　歳）男・女		
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（　　）	