

# 連絡票

児童の氏名	
平成・令和 年 月 日生（ 歳）男・女	
令和 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  ⑩

※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） 氏名： 電話番号：（ ） 関係： （第二） 氏名： 電話番号：（ ） 関係：
お迎え予定者	