

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 Ⓜ

※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	