

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 病児保育事業の利用が可能なことを認めます	
診断医療機関名及び 電話番号	診断医師名 印

症状（病名等）	
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（ベット上が主。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、病児保育を申し込みます。

申込者 住所 _____
(保護者) 氏名 _____ 印

連絡事項			
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 ()