

# 連絡票

児童の氏名	
平成・令和 年 月 日( 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

※太枠は医師が記載(利用日前3日以内)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・処方のとおり・その他( )
その他留意事項	

医師より上記の説明を受けたうえで、病後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	(第一) TEL 関係( )
(氏名・電話番号)	(第二) TEL 関係( )
お迎え予定者	関係( )