

# 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		
平成・令和	年	月 日生 ( 歳) 男・女
令和	年	月 日 ( 病児・病後児) 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  <div style="text-align: right;">(印)</div>

症状 (病名等)	
検査等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: 陽性・陰性)
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	

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 ( )