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 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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

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（　　）	