

医師連絡票兼利用申込書

児童の氏名	
生年月日 年 月 日 (歳) 男・女	
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。	
病名(症状)	
所見/通院の目途	
治療/処方内容	
診断医療機関名 及び 電話番号	診断医師署名 印

※太枠は医師が記載し、その他は、保護者が記載すること。

保育上の留意点

安静	特に制限なし・ベッド安静・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 ()
熱性けいれんの既往	なし・あり (いつ頃)
その他留意事項	
利用希望期間	年 月 日から 年 月 日まで

医師より上記の通り説明を受けた上で、病児・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 (氏名・電話番号)	(第一) 関係() 電話番号 ()
	(第二) 関係() 電話番号 ()
お迎え予定者	