

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(ベッド上が主。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