

# 医師連絡票兼利用申込書

【病児】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  <div style="text-align: right;">(印)</div>

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	

医師より上記の説明を受けた上で、病児保育を申し込みます。

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 ( )	
お迎え時間	時 分	