

連 絡 票

利用児の名前	
年 月 日生 (歳) 男・女	
年 月 日 診断の結果、現時点での病後児保育の対象として、差し支えありません	
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

症状 (病名等)	
経過 (検査内容等含む)	
治療 (処方内容)	食前・食後・(時)・その他 ()

保育上の留意点

安 静	特に制限なし・ベッド上安静・その他 ()
食 事	特に制限なし・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ので、病後児保育を申し込みます。

年 月 日 保護者名 _____

連絡事項	
保護者の勤務場所 (所在地)	
緊急連絡先 (勤務先名称・氏名・ 電話番号)	(第1) _____ ☎ (第2) _____ ☎
お迎え予定者と時間	(関係:) (: 頃)