〈病児・病後児保育事業用〉

連　　絡　　票

＊医師記入欄

ふりがな **児童氏名**		**生年月日**	**平成・令和　　年　　月　　日** **（　　歳）**
病　名　（　　）			
令和　　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。			
診断医療機関名及び電話番号		**診断医師署名** **印**	

＊保護者記入欄

症状	
経過（検査内容等）	
治療（処方内容）	

保育上の留意点	
安静	特に制限なし・ベット安静・その他（　　）
食事	特に制限なし・絶食・その他（　　）
薬	特になし・処方の通り・その他（　　）
既往歴	熱性けいれん　　あり・なし
その他留意事項	

病児・病後児保育を利用するにあたり、症状等について上記のとおり確認した上で申し込みます。

保護者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿