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。		
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)	
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（　　）
その他留意事項	

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