

病児利用連絡票

こども氏名	男 女	生年月日	H・R 年 月 日()歳
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 ⑩

* 太枠は医師が記載し、その他は保護者が記載すること。

病状（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	

医師より上記の説明を受けた上で、病児保育を申し込みます。

保護者氏名

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)	①氏名	連絡先	関係()
	②氏名	連絡先	関係()
お迎え予定者	関係()		

事業所記入欄

看護師確認⑩