

# 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  <span style="float: right;">印</span>

症状 (病名等)	
処方内容の確認	<input type="checkbox"/> 薬事情報説明書(薬局より発行) <input type="checkbox"/> お薬手帳

保育上の留意点	
安 静	安静 (ベッド上)・室内安静 (ベッ上が主。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 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 ( )
その他留意事項	
次回診察予定日	

申込者 住所 \_\_\_\_\_  
(保護者) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

連絡事項	
緊急連絡先 (氏名・電話番号)	(第一)      電話番号 ( )      続柄 ( )
	(第二)      電話番号 ( )      続柄 ( )
お迎え予定者	続柄 ( )