

# 連絡票

児童の氏名		年 月 日生 ( 歳) 男・女
病名: 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	
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 \_\_\_\_\_