

# 連 絡 票

\* 医師記入欄

ふりがな 児童氏名		生年 月日	平成 年 月 日 ( 歳)
病 名 ( )			
平成 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 \_\_\_\_\_