連　絡　票

児童名 年　　月　　日生（　　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（　　）
食事内容	
体温	℃（　　時　　分）
排便	なし　・　普通　・　下痢（　　回）

保育上の留意点	
安静	特に制限なし　・　ベット安静　・　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。

年　　月　　日

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				関係（　　）

厚生労働省ホームページより参考