# 医師連絡票兼利用申込書

【病児・病後児】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<br>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<br>㊞ |

| | |
|---|---|
| 症状（病名等） | |
| 治療（処方内容） | 食前・食後・（　　時）　・その他（　　） |

| 保育上の留意点 | |
|---|---|
| 安　　静 | 安静（ベッド上）・室内安静（ベット上が主。静かな遊びは可）<br>室内保育（室内で普通に遊んでよい）・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。**

申込者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（保護者）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

| **連絡事項** | | | |
|---|---|---|---|
| 緊急連絡先<br>（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（　　） |