

# 連絡票

ふりがな 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 ( )
次回診察予定	なし・あり ( 年 月 日)

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・処方のとおり・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。

保護者名 \_\_\_\_\_ 印