

連 絡 票

| | | | |
|----------------------------------|---|---|---|
| 児童の氏名 | | | |
| 年 月 日生 () 歳 男・女 | | | |
| 保険の種類 | 国保・社保・共済・健保組合・生保・その他 | | |
| 症状 (病名等) | 1 感冒・感冒様症候群 2 急性上気道炎 3 気管支炎・肺炎 4 喘息・喘息様気管支炎 5 咽頭炎 6 扁桃腺炎 | 7 嘔吐下痢症 8 感染性胃腸炎 9 手足口病 10 インフルエンザ 11 その他 | (病名不明の時) 12 発熱 13 下痢 14 嘔吐 15 咳嗽 16 発疹 17 喘鳴 18 その他 |
| 経過 (検査内容等) | | | |
| 治療 (処方内容) | | | |
| 年 月 日 診断の結果、現時点では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。

病児保育上の留意点

| | |
|---------|------------------------------|
| 安静 | 特に制限なし・安静(ベット・室内)・隔離・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 () | | |