

様式第4号(第8条関係)

連 絡 票

ふりがな	
児童名	平成・令和 年 月 日生(歳)(男・女)
令和 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)	

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_____