

医師連絡票

児童の氏名		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。		
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()	
診断医療機関名 及び 電話番号		診断医師署名 Ⓜ

※太枠は医師が記載し、その他は、保護者が記載すること。

■保育上の留意点■	
安静度	特に制限なし・ベット上安静・その他()
食事(昼食)	<input type="checkbox"/> ミルク・母乳のみ <input type="checkbox"/> 離乳食(前期・中期・後期) <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食(除去内容)
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()

鶴橋保育園チックアンドヘン