

ひいらぎ保育園 病児保育利用連絡票

児童の氏名	
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 ㊞

※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 ()

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・処方の通り・その他 ()
隔離の可否	要 ・ 不要
その他留意事項	

医師により上記の説明を受けた上で、病児保育を申し込みます。

令和 年 月 日 保護者名

連絡事項

保護者の所属	
緊急連絡先 (電話番号/氏名/関係)	(第一) 電話： - - 関係()
	(第二) 電話： - - 関係()
お迎え予定者	関係()