

連 絡 票

児童の氏名			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（ ）

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（ ）
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 ()	

社会福祉法人 檸檬会
レイモンドみらい園
病児病後児保育室