

連 絡 票

児童の氏名 平成・令和 年 月 日生(歳) 男・女		
令和 年 月 日診断の結果、 <u>現時点での</u> 入院の必要性は認められませんが、 <u>緊急の際は、あらかじめ選定した協力医療機関で児童を受け入れてもらうこと。</u>		
診断医療機関及び 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()
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。

住所 〒 — ()

保護者氏名 _____

緊急連絡先 (優先順位を ご記入ください)		①氏名 続柄 ()
		携帯 ()
		勤務先
		勤務先の電話番号 ()
		②氏名 続柄 ()
		携帯 ()
		勤務先
		勤務先の電話番号 ()

※常に連絡が取れる電話番号をご記入ください