

医 師 連 絡 票

※太枠は医師が記載し、その他は、保護者が記載すること。

富士市病児・病後児保育事業の利用について次のとおり連絡します。

| | | |
|---|--|-----------------|
| 児童の氏名 | | 年 月 日生 (歳) 男・女 |
| 年 月 日 診断の結果、【病児保育・病後児保育】の対象として差し支えありません。※病児保育・病後児保育どちらかに○ | | |
| 診断医療機関名及び 電話番号 | | 診断医師署名 印 |

| | |
|------------|--------------------|
| 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・ベット安静・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・病後児保育】を申し込みます。

※病児保育・病後児保育どちらかに○

年 月 日

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 () |
| お迎え予定者と時間 | 関係 () (: 頃) |