

医師連絡票 兼 利用申込書

あおぞら新町保育園(病児室・病後児室)様

病児・病後児保育の利用について、下記の点について連絡します。

令和 年 月 日

お子さまの名前	様	住所	
		病院名	
		医師名	
		電話番号	

症状(病名等)	
経過(検査内容等)	

治療 ・ 処 方	投薬や吸入の指示、けいれん予防や解熱時の座薬使用の指示などありましたら、ご記入ください。 お薬手帳参照の場合は、以下に✓をご記入下さい。
	() 投薬指示はお薬手帳を参照

食事に関する指示	1.なし
	2.あり ()
隔離について (病児保育利用時は記入)	1.隔離不要 (他園児と同室での保育が可能)
	2.隔離要 (他児との接触を避ける)
備考	

注) 利用見込み期間中、医療機関へ保育施設から問い合わせさせていただく場合がございます。

ご協力をお願いします。

- ・保育施設の当日稼働状況により、利用をお断りする場合がございます。ご了承下さい。
- ・本票記入に際しご不明な点がございましたら、あおぞら新町保育園(0995-50-4707)までご連絡下さい。

医師より下記の説明を受けた上で、利用を申し込みます。

保護者名

保護者の勤務場所 (所在地)			
緊急連絡先 (氏名・電話番号)	①	電話	関係
	②	電話	関係
お迎え予定者			