

連絡票

※医療機関様へ 太枠のご記入をお願い致します。

委任状に基づき、以下の患者についての診療情報を提供致します。

児童の氏名	
(H・R) 年 月 日生(歳 ヲ月) 男・女	
令和 年 月 日 上記患者における診断を行いました。	
診断医療機関及び 電話番号	診断医師署名 <div style="text-align: right;">印</div>

※保護者記入欄

症状(病名等)	
経過(検査内容等)	
治療 ・ 処方内容 ・ 処方指示	処方薬名() 食前・食後・()・その他()
■ 保育上の注意点 ■	
安静	特に制限なし・安静・その他()
食事	特に制限なし・安静・その他()
薬	特に制限なし・処方の通り・その他()
その他留意事項	
利用期間	月 日 ~ 月 日まで(日間)

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。

保護者氏名

印

連絡事項	
保護者の勤務地 (所在地)	
緊急連絡先 (氏名・電話番号)	(第一) TEL 関係() (第二) TEL 関係()
利用時間	時 分 ~ 時 分
利用日	令和 年 月 日