

病児対応型

様式第2号（第8項関係）

青梅市病児保育等事業利用連絡票

青梅市長殿

		年	月	日記入
児童	氏名 (男・女)	生年月日	年	月
		現 在	歳	か月
医療 機関	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	電話番号		
	診療医師署名			印

※太枠は医師が記載し、その他は保護者が記載すること。

※上記診断は、今回の症状に限り有効です。

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)
食べ物 特に制限なし・絶食・そのほか)
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。

保護者署名： _____

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

*この書類は、実施施設に保管されます