

栗原市病後児保育事業実施連絡票

児童の氏名		年 月 日生 (歳) 男・女
年 月 日 診断の結果、病気の回復期であることから、栗原市病後児保育事業の利用が適当であると認められます。		
医療機関名 及び電話番号		医師署名 印

※太枠は主治医に記載していただき、以下は保護者が記載してください。

症状 (病名等)	
経過 (検査内容等)	
治療 (処方・服薬等)	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 ()
食事	特に制限なし・絶食・その他 ()
薬	特になし・処方のとおり・その他 ()
その他留意事項	

医師から上記の説明を受けた上で、栗原市病後児保育を申し込みます。

保護者氏名 _____

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1) 電話番号 関係 ()
	(第2) 電話番号 関係 ()
お迎え予定者	関係 ()

栗原市病後児保育事業実施連絡票【記載例】

医師記入欄

児童の氏名		
年 月 日生 (歳) 男・女		
年 月 日 診断の結果、病気の回復期であることから、栗原市病後児保育事業の利用が適当であると認められます。		
医療機関名 及び電話番号		医師署名 印

※太枠は主治医に記載していただき、以下は保護者が記載してください。

保護者記入欄

症状 (病名等)	感染性胃腸炎
経過 (検査内容等)	○月○日下痢、嘔吐。当日受診し診断される。 現在まで服薬、安静加療 症状は軽くなっている。
治療 (処方・服薬等)	1日3回服薬 食前・食後・(時)・その他 水分補給
保育上の留意点	
安静	特に制限なし・ベット安静・その他 ()
食事	特に制限なし・絶食・その他 ()
薬	特になし・処方のとおり・その他 ()
その他留意事項	

医師から上記の説明を受けた上で、栗原市病後児保育を申し込みます。

保護者氏名 栗原 太郎

連絡事項	
保護者の勤務場所 (所在地)	(株)○○○会社 (栗原市○○番地)
緊急連絡先 (氏名・電話番号)	(第1) 栗原太郎 電話番号△△-△△△△関係 (父)
	(第2) 自宅 電話番号△△-△△△△関係 ()
お迎え予定者	栗原 太郎 関係 (父)