

南アルプス市病児・病後児連絡票

(宛先) 南アルプス市長

南アルプス市病児・病後児保育事業の利用をしたいので、次のとおり連絡します。

ふりがな		男	生年月日	年	月	日
児童氏名		女		(歳	月)	
年 月 日、上記児童について連絡します。						
診断医療機関名及び電話番号		診断医師署名 ⑩				

※太枠は医師が記載し、その他は、保護者が記載すること。

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 ・ ベットでの安静 ・ その他 ()
食べ物	特に制限なし ・ アレルギー ()
薬	現在の投薬状況について
その他留意事項	

医師より上記の説明を受けた上で、南アルプス市病児・病後児保育事業の利用を申し込みます。

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 ()
	(第二) 電話番号 ()
お迎え予定者	