

連絡表

(あて先) 南アルプス市長

病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日 (歳 月)
児童氏名				
平成 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 印		

※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、病後児保育を申し込みます。

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 () 関係 ()
	(第二) 電話番号 () 関係 ()
お迎え予定者	