

## あきた保育園 病児・病後児保育（病後児対応型）事業連絡票

児童名		生年月日	平成 年 月 日	男・女
病名 (症状・検査内容等)				
平成 年 月 日、診断の結果、病気の回復期にあり、現時点での入院の必要は認められません。 また、感染の可能性は低いものの、隔離して保育する必要があります。				
診療医療機関名 および電話番号			診断医師署名	印

医師より上記の説明を受けたうえで、あきた保育園 病児・病後児保育（病後児対応型）事業の利用を申し込みます。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※以下の欄は保護者をご記入ください。

経過 (病気の内容や現在の様子)	
---------------------	--

### 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 ※食物アレルギー	特に制限なし・絶食・その他 ( _____ ) なし ・ 有 ( _____ )
薬	特に制限なし・処方の通り・その他 ( _____ )
その他留意事項	

保護者勤務先 (所在地)	父			
	母			
緊急連絡先 (氏名・電話番号)	第一	続柄 ( _____ )	電話	
	第二	続柄 ( _____ )	電話	
お迎え予定者	続柄 ( _____ ) ・ お迎え予定時間 _____ 時			
連絡事項				