様式第６号（第１１条関係）

東松山市病児保育事業利用連絡票

|  |
| --- |
| 児童氏名　　　年　　月　　日生（　　歳 ヶ月）男・女 |
| 　※太枠内は医師が記載し、その他は保護者が記入すること。 |
| 　　　 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。 |
| 症状（病名等） |  |
| 経過（検査内容等） |  |
| 治療（処方内容等） | 食前・食後（　　時）・その他（　　　　　　　　） |
| 保育上の留意点 |
| 安　静　度（番号に○） | １ ベッド上で安静２ 隔離室で隔離３ 室内安静（ベッドでの安静が主、他児との静かな遊びは可）４ 室内保育（他児と室内で静かに遊んでよい） |
| その他留意事項 |  |
| 児童の状況は上記のとおりである。　　年　　月　　日東松山市長　宛て　　　　　　　　　　　　　住　所医療機関名　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

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。

保護者名