

# 連 絡 票

カナリヤ保育園

児童の氏名	
年 月 日生 ( 歳 ) 男 ・ 女	
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。	
診断医療機関名 および電話番号	診断医師署名          <span style="float: right;">印</span>
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 ( )

※太枠内は医師が記載し、その他は、保護者が記載すること

保育場の留意点

安静	特に制限なし・ベッド安静・その他 ( )
食べ物	特に制限なし・絶食・その他 ( )
薬	特になし・処方の通り・その他 ( )
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。

保育利用日    月    日    ~    月    日                      保護者名    印

連絡事項

保護者の勤務場所 (所在地)	第一    関係 ( )
	第二    関係 ( )
緊急連絡先 (勤務先名称) (氏名・電話番号)	第一  <span style="float: right;">電話番号    —    —    関係 ( )</span>
	第二  <span style="float: right;">電話番号    —    —    関係 ( )</span>

※連絡先は携帯電話は不可。必ず固定電話番号を記入して下さい。

お迎え予定者	
--------	--