

連 絡 票

児童の氏名 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">平成 年 月 生 (歳) 男・女</div>	
平成 年 月 日診断の結果, 病後児保育室利用当日, 下記の入室条件を満たせば利用可能です。	
診断医療機関名 電話番号 ()	診断医師署名 <div style="text-align: right;">⑩</div>

診断名	
治療内容	食前・食後・(時)

◆保護者の方がチェック欄に○を付けてください。

チェック欄	病後児保育室入室条件
	1. ぐったりしていない。
	2. 水分は摂れており尿回数が通常の3分の2程度はでている。
	3. 昨晚の体温は38度以下で, 当日の朝は37度台である。
	4. 呼吸が苦しそうではなく, 咳き込んで起きることはない。
	5. 下痢・嘔吐が頻回ではない。(24時間以内に5回以下)
	6. インフルエンザと診断された場合は, 発症後5日を経過し, 解熱して3日を経過している。
	7. 家庭内や保育所(園)で流行している感染症があれば書いてください。 (病名:)

※病後児保育室さくらんぼ担当医の判断により, お預かりできない場合があります。

医師より上記の説明を受けた上で, 当日の朝, 病後児保育室入室条件を満たしたので病後児保育を申し込みます。

平成 年 月 日

保護者氏名 _____ ⑩

《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) 氏名 _____ 電話番号 () _____ 関係() _____ (第二) 氏名 _____ 電話番号 () _____ 関係() _____
お迎え予定者	関係() _____