



港区病後児保育利用連絡票（派遣型一時保育）

児童の氏名	平成 年 月 日生（ 歳）男・女
住所	

太枠内は医師が記入してください

病名	
留意事項（○印のあるところに留意してください。）	
安静度（○印）	1 室内で安静にしてください（寝かせておくのが主）。 2 室内で保育してください（静かな遊びは可能）。 3 普段通りの生活が可能です。
食事（○印）	1 消化の良いものを与えてください。 2 水分を十分に与えてください。 3 食べさせてはいけないものがあります。 () 4 その他、下記のことにご注意してください。
検温（○印）	1 必要（ 時 時 時 時 時 時 時 ） 2 不要
飲み薬（○印）	1 あり 2 なし
その他（○印）	1 配慮すべきことがありましたらご記入ください 2 なし
利用予定期間	日間程度 ※利用限度は連続7日間です（土日を含む）
この児童は、上記の疾患に罹患しましたが、健康状態及び体力が回復しているため、子育て・家族支援者の派遣による保育が可能と思われます。	
平成 年 月 日	
医療機関	医療機関名 所在地 TEL
	医師名 印

医師より上記の説明を受けた上で、病後児保育（派遣型一時保育）を申し込みます。

保護者名 印