

診療情報提供書 及び 病児保育申込書

西暦・令和 年 月 日

なごみん尾西園 園長宛

医療機関 所在地 一宮市開明字東沼85番地
名称 翔樹会 井上内科クリニック
担当医師 氏名
電話 0586-64-0003

*太枠をご記入ください

患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	西暦・令和 年 月 日	才	ヶ月
病 名			
診察結果	入院の必要はなく、病児保育室(なごみん尾西園)の利用は可能である。		
保育上の留意点 ※ 1・2のいずれかに○をつけてください。	1 室内保育 (他児との静かな遊びは可) 2 病児保育 (病児室内で静かな遊びは可) その他連絡事項		
食事	普通 ・ その他制限()		
処方薬	☐ あり (処方箋に沿って内服のこと)		☐ 特になし
その他留意事項 医療的ケアなど			

保護者記入欄

医師より上記の説明を受けたうえで病児保育を申し込みます。

保護者名		関係	父・母・その他 ()
保護者住所			
当日の緊急連絡先	1) 氏名	関係	() —
	携帯 ・ 勤務先		
当日の緊急連絡先	2) 氏名	関係	() —
	携帯 ・ 勤務先		

注) 文書料を医療機関にお支払いください。