

年 月 日

遠野市長 様

申込者（保護者） 住所
氏名

病児等保育依頼連絡票

病児等保育の利用に当たり、次のとおり医療機関において医師の診察を受けました。

利用 児童	氏 名	性別	生年月日
		男 女	年 月 日 生 (歳 箇月)

受診の結果	受診日	
	医療機関名	
	電話番号	
	診断 (病名) 指示	
前日の様子 (症状の経過)	症状	
	体温	時 分 度
	食べたもの	
	排 便	なし・普通・軟・泥状便の水模様 (回数 回)
	排 尿	多い・普通・少ない (回数 回)
その他		
今朝の様子	症状	
	体温	時 分 度
	食べたもの	
	排 便	なし・普通・軟・泥状便の水模様 (回数 回)
	排 尿	多い・普通・少ない (回数 回)
その他		
備 考		