

様式第2号(第2条関係)

保護者からの病状等連絡票

登録番号

記入者

児 童 名		生年 月日	年 月 日	性別	男・女
保 護 者 氏 名		住所			
利用希望期間					
年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) 日間					
緊 連 絡 急 先	優先順位①				
	氏名 <small>フリガナ</small> 続柄 父・母・その他 ( )				
	携帯電話				
	勤務先名称 電話				
緊 連 絡 急 先	優先順位②				
	氏名 <small>フリガナ</small> 続柄 父・母・その他 ( )				
	携帯電話				
	勤務先名称 電話				
お子さんが今回か かった医療機関					
病 名					
主な症状(○印) 発熱・下痢・嘔吐・発疹・湿疹・その他 ( )					
発病からの経過 (日にち、具体的な症状、処置の内容など詳しくお書きください。)					
薬の内容					
利用事由 ・就労・傷病・事故・出産・冠婚葬祭・その他 ( )					
その他					