

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 | 平成 年 月 日 | 性 別 | 男・女 |
| 保 護 者 名<br>保 氏                    |        | 住 所  | 〒 ー      |     |     |
| 緊 連 絡 急 先                         | 父 勤務先名 | 電話   |          |     |     |
|                                   | 携帯電話   |      |          |     |     |
|                                   | 母 勤務先名 | 電話   |          |     |     |
|                                   | 携帯電話   |      |          |     |     |
| お子さんが今回<br>かかった医療機関               | 電話     |      |          |     |     |
| 病 名                               |        |      |          |     |     |
| 主な症状(○印)<br>発熱・下痢・嘔吐・発疹・湿疹<br>その他 |        |      |          |     |     |
| 発病からの経過                           |        |      |          |     |     |
| 薬の内容                              |        |      |          |     |     |
| 希望する利用期間<br>年 月 日～ 年 月 日          |        |      |          |     |     |
| 利用事由<br>・就労・傷病・事故・出産・冠婚葬祭・その他( )  |        |      |          |     |     |
| その他                               |        |      |          |     |     |