

病児依頼 連絡票

記入日 月 日

静岡市緊急サポートセンターに子どもを預けてよいと医師から許可が出ました。

会員番号 〇 - おねがい会員名 _____

子どもの名前	性別 男 ・ 女	
	生年月日	平成 年 月 日
医師への 受診の 結果	受診日 平成 年 月 日	
	病院名	
	TEL	
	診断(病名)・指示	
月 日 前日の様子 (症状の経過)	症状	
	体温 (検温)	時 分 度
	体温 (検温)	時 分 度
	食べたもの	
	排泄 (時刻と状態)	
その他		
月 日 今朝の様子	症状	
	体温 (検温)	時 分 度
	食べたもの	
	排泄 (時刻と状態)	
	その他	