



病児保育利用連絡票

ふりがな		
児童の氏名	年 月 日 (歳) 男・女	
年 月 日 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。		
診断医療機関名 及び電話番号		診断医師署名
症状 (病名等)	(病名不明：発熱・下痢・嘔吐・咳嗽・喘鳴・発疹)	
経過 (検査内容等)		
治療 (処方内容)	食前・食後 (時) ・その他 ()	
安静	1. 制限なし 2. ベッド上安静 3. 室内安静 (ベッド生活が主、他児との静かな遊び 可 ・ 不可) 4. 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい 可 ・ 不可) 5. その他 ()	
食べ物	1. 制限なし 2. 絶食 3. その他 ()	
その他留意事項		

※枠内は医師による記載をお願い致します。

医師より上記の説明を受けたうえで申し込みます。