

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。