

病後児保育室専用 医師連絡票

病後児保育室殿

病後児保育の利用につき、下記の点について連絡します。

令和 年 月 日

お子さんの名前		男 女	生年月日	年 月 日
病名			1 嘔吐 2 下痢 3 発熱 4 喘鳴 5 咳 6 発疹	
注意事項			その他の主要症状	
食事に関する留意点				
薬剤に関する情報	処方された日	令和 年 月 日		
	薬の内容	抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬・外用薬 その他(
	投薬時間	午前・午後 時 分 または、食事の 分前・分後 その他具体的に(
	外用薬などの使用法			
その他の注意事項				
安静度	1 ベッド上安静 2 室内安静(ベッド上での生活が主、他児との静かな遊びは可) 3 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)			
本児は、令和 年 月 日の診察において、日野市病後児保育事業運営要綱第4条に規定する病後児にあたることを連絡します。				
医療機関名				
所在地				
電話番号		医師署名		印