

年 月 日

病児・病後児保育施設 医師連絡票

ふくうみ野あそび子ども園 園長 殿

医療機関 住所
 施設名
 医師名
 電話番号

㊞

病児・病後児保育施設の利用にあたり、必要な情報を以下のとおり提供いたします。

児童氏名	
病名	症状 (○印) 1. 発熱 2. 下痢 3. 嘔吐 4. 咳嗽 5. 喘鳴 6. 発疹 7. その他 ()
病児・病後児の区分 (○印) 1. 病気の回復期に至らない (病児) 2. 病気の回復期にある (病後児)	
安静度 (○印) 1. 臥床安静 2. 室内安静 (静かな遊び可) 3. 室内保育 (他児童と遊び可) 4. 隔離	
処方内容及び与薬指示 (投薬や吸入の指示、痙攣予防や発熱時の座薬使用の指示等がありましたら、ご記入ください)	
その他注意事項	
利用予定期間 令和 年 月 日 ~ 月 日 (日間) ※限度7日間 (土日含む)	
次回の診察予定日 令和 年 月 日	