

病児保育事業 医師連絡票

利用児童名 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 年 月 日生(歳) 男 ・ 女 </div>	
病名及び症状	
年 月 日 診察の結果、上記児童は病後児保育実施施設において、保育及び看護することが、現時点では可能であると考えられますので、下記の通り連絡いたします。 (医療機関) 所在地 名称 電話番号 診断医師名 ㊟	
保育上注意する事項	
安静度	・普通に遊んでも可 ・主にベッド上で安静とするが静かな遊びは可 ・その他()
食事の指示	・特に制限なし ・制限あり()
薬	・なし ・あり(食前 ・ 食後 ・ その他 ())
アレルギー	・なし ・あり ()
その他留意事項	