

病児・病後児保育医師連絡票

年 月 日

病児・病後児保育室 様

この児童は、診察の結果、（病児・病後児）保育の利用が可能です。

※ 医師により、どちらかに○印を付すこと。

児 童 氏 名	
生年月日・性別	年 月 日生 男 ・ 女
傷 病 名	
安 静 度	<input type="checkbox"/> 室内保育（他児と室内で遊んでよい） <input type="checkbox"/> 室内安静（ベッド生活が主だが、他児と静かに遊ぶ程度ならよい） <input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> その他（ ）
処 方 内 容 等 投 薬 の 有 無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 処方（ ）
食 事（昼食）の 留 意 事 項	<input type="checkbox"/> 特に制限なし <input type="checkbox"/> アレルギー対応が必要 → アレルゲン（ ） <input type="checkbox"/> 水分補給のみ <input type="checkbox"/> その他 （ ）
そ の 他 留 意 事 項	
診 断 医 療 機 関 所 在 地 名 称 医 師 名 電 話 番 号	<div style="text-align: right;">⑩</div>