医師記入用紙

病児病後児保育　医師連絡票

特定非営利活動法人うてぃーらみや

病児病後児保育室にぬふぁのもり　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関の所在地及び名称

電話番号

担当医師氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の児童について、病児・病後児保育が可能であると認められますので連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（生年月日） | 　　　　　　　　　（　　　　　年　　　月　　　日　　　歳　　　か月) |
| 住所(電話) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(☎ ) |
| 症状 | 1. 急性期（発熱等）　　　②　回復期（下熱・微熱等）
 |
| 病名 | 病名不明の場合　 発熱　　　下痢　　　　嘔吐　　　咳　　　　喘鳴　　　発疹その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 安静度 | 1. ベッド上安静　　　　　　　　③　室内安静（他児との静かな遊びは可）

②　隔離室で隔離　　　　　　　　④　室内保育（室内で普通に遊んでよい） |
| 食事に関する特別な指示 | なし・あり |
| 処方内容 |  |
| 保育上の留意点 |  |

※有効期限は作成日含め７日間