

病児病後児保育 医師連絡票

特定非営利活動法人うていーらみや

病児病後児保育室にぬふあのもり 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

⑩

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
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