

病児保育連絡票

病児保育事業併設医療機関担当医 様
 （ みよし市長 ）

保護者記入欄	児童名	ふりがな	性別	生年月日	年齢
				年 月 日	歳 か月
	今までにかかった主な病気	1 熱性けいれん（ 無 ・ 有 : 回） 最終発症時期： 年 月 日 ダイアアップ座薬予防の指示：有・無 2 経過観察している病気 （ 無 ・ 有 ） 3 その他 （ ）			
食物アレルギー	無・有	具体的な症状： 除去内容等：牛乳・卵・小麦・その他（ ）			

（医療機関記入欄）

傷病名	
症状経過及び検査結果・治療経過	
現在の処方（投薬の有無）	無・有 } 内容、投与方法等
隔離	要 ・ 不要
安静度 （該当番号に○を付けてください。）	01 普通に遊んでよい 02 静かに遊ぶ程度ならよい 03 安静を要す 04 当日の実施施設の判断による
食事（昼食） （該当番号に○を付けてください。）	01 特に制限なし 02 制限あり 内容（ ）
病児保育が必要な期間	年 月 日 ～ 年 月 日

当面、症状の急変は認められないため、「病児保育事業」について利用が可能です。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

医師名

印

電話番号

- -