

病児保育 利用連絡票

病児保育の利用について次の通り診断し、病児保育の利用を認めます。

< 医療機関 >

名称

所在地

電話

医師名

印

園児氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
診断名				隔離	要 ・ 不要
症状経過					
検査の有無	なし	あり	内 容		
現在の投薬処方	なし	あり	内 容		
食事の留意点	なし	あり	下痢食 ・ アレルギー食（除去内容：）		
			その他（）		
安静度	ベット上安静 ・ 室内安静 ・ その他（）				
その他の指示					
次回受診予定	月 日頃				

※なお、本連絡票での病児保育継続利用は最長7日間までとする。

