

病児保育家庭医連絡票

つくばスマイル保育園では、市の補助事業として病児保育を行っています。お手数ですが、下記の様式に診断名、病児保育での留意点、利用可能な日付をお願いします。

令和 年 月 日

<保護者記入>

お子さんの氏名		性別	男 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳 ヶ月
住所		電話番号	

<医師記入>

診断名	
症状(○印)	発熱 下痢 嘔吐 咳嗽 喘鳴 発疹 その他 ()
処方内容	特記すべき事がありましたら記入をお願いします。 参照(院外処方の場合は、薬局発行の調剤処方の写しを保護者が添付してください。)
通常保育復帰の目安	症状、状態が [] となったら復帰可
安静度(○印)	特に制限なし ベッド上安静 室内安静 隔離室で隔離
食事(○印)	ミルク 離乳食 (前期・中期・後期) 幼児食 他()
その他	

年 月 日

病児保育が可能であると認められるので連絡します。

医療機関の所在地及び名称
電話番号

担当医師氏名

印