

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 ケ月
住所		電話番号	

<医師記入>

診断名			
症状(○印)	発熱 咳嗽 その他 ()	下痢 喘鳴	嘔吐 発疹
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 室内安静	ベッド上安静 隔離室で隔離	
食事(○印)	ミルク 幼児食	離乳食 他()	(前期・中期・後期)
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)