

病後児保育 医師連絡票

ゆたか福祉会 ココマリーほいくえん
病後児保育殿

令和 年 月 日

医療機関所在地及び名称

電話番号

担当医師氏名

印

病後児保育の利用について、下記の点について連絡します

氏名 (生年月日)	(年 月 日 歳 ヶ月)	
住所 (電話番号)	()	
症状	(回復期)	
病名	病名不明の場合	
	発熱 下痢 嘔吐 咳 喘息 発疹 その他 ()	
安静度	① ベットで安静	② 室内安静 (他児との静かな遊びは可)
	③ 隔離室で隔離	④ 室内保育 (室内で普段と同じように過ごす)
食事に関する 特別な指示		
処方内容		
保育をする上で気を付ける事		

※ 有効期限は作成日含め 7 日間