

# 連絡票

病児保育室の利用について、下記の点について連絡します。

20 年 月 日

|                                     |                 |
|-------------------------------------|-----------------|
| 児童の氏名                               |                 |
| 20 年 月 日生 ( 歳) 男・女                  |                 |
| 20 年 月 日 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。 |                 |
| 診断医療機関名及び<br>電話番号                   | 診断医師署名<br><br>印 |

※太枠は医師が記載し、その他は保護者が記載すること。

| 病名、該当する症状に○印および必要事項の記入をお願いします。   |   |
|--|---|
| 〈病名〉   |   |
| 〈主な症状〉<br>1. 発熱 2. 頭痛 3. 嘔吐 4. 下痢 5. 喘鳴 6. 咳 7. 発疹 8. 鼻汁<br>9. 腹痛 10. むくみ 11. 目の充血 12. 痛み (場所 )<br>13. けが (場所 )<br>14. その他 ( ) |   |
| 経過<br>(いつからこの症状が<br>始まりましたか?)  |   |
| 安静度  | 1. ベットで安静 2. 隔離 (一人保育)<br>3. 室内安静 (ベット上生活だが、他児との静かな遊びは可)<br>4. 室内保育 (他児童と室内で普通に遊んでよい) |
| 利用見込期間   | 受診した本日より ( ) 日間程度 (限定7日)  |
| 食事 (給食・おやつ)  | 1. 制限なし<br>ミルク ml 離乳食 (前期・中期・後期) 幼児食<br>2. 下痢食 ( )<br>3. アレルギー食 (除去内容 )<br>4. その他 ( ) |
| 内服   | 1. 特になし 2. 処方の通り<br>3. その他 ( )  |
| その他留意事項  |   |

医師より上記の説明を受けた上で、病児保育を申し込みします。

保護者氏名 \_\_\_\_\_