

病後児保育症状連絡票

(宛先) 佐 渡 市 長

現時点での入院の必要性は認められません。
病後児保育室の利用について、同意するとともに児童の病後の症状について連絡します。

年 月 日

所 在 地
医療機関名
医 師 名

保 護 者 記 入 欄	乳幼児・ 児童	(フリガナ) 氏 名	
		生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
	保護者	住 所	
		氏 名	
		電 話	自宅 携帯

主 治 医 記 入 欄	病 名		
	利用の可否	☐ 病後児保育室の利用可（回復期） ☐ 否（利用不可）	
	指示事項	隔離の必要	☐ なし（他児との相部屋が可能） ☐ あり
		保育上の注意	☐ ベット上安静 ☐ 室内安静（ベット上が主、静かな遊びは可） ☐ 室内保育（室内で普通に遊んでよい）
		飲食上の注意	☐ なし ☐ あり（ ）
		投薬上の注意	☐ なし ☐ あり（ ）
		解熱剤の使用	☐ なし ☐ あり（ ）
		アレルギー	☐ なし ☐ あり（ ）
		その他の 注意事項	
利用を必要 とする期間	月 日から 月 日まで		

※ ☐の該当箇所にチェックを記入してください。
※ この文書は、保険診療（診療情報提供料Ⅰ）の扱いとなります。