

病児保育医師連絡票

(各欄にもれなく記入または○でかこんでください)

令和 年 月 日

医療機関の所在地及び名称

電話番号

担当医師名称

氏名

生年月日

() 歳

住所

電話番号

病名

病名不明のとき (○印)

1. 発熱 2. 下痢 3. 嘔吐 4. 咳そう 5. 喘鳴 6. 発疹

症状 (○印)

1. 急性期 (発熱等) 2. 回復期 (解熱・微熱等)

安静度 (○印)

1. ベッド上
2. 隔離室で隔離
3. 室内安静 (ベッドでの生活が主。他児との静かな遊びは可)
4. 室内保育 (他児との室内で普通に遊んでよい)

食事 (昼食)

ミルク ・ 牛乳のみ ・ 離乳食 (前期・中期・後期) ・ 幼児食

(○印)

下痢食

アレルギー除去食

(除去内容:)

処方内容

指示等

※太枠内は保護者をご記入ください。

きゃんぱすmini 陸前高砂保育園+M

022-388-5001

きゃんぱすmini 羊ヶ丘保育園+M

011-858-6601