

様式第6号(第10条関係)

医師連絡票
(病児・病後児保育診療情報提供書)

(申請先)

病児・病後児保育施設長 様

医療機関名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

乳幼児又は児童が、病児・病後児保育室の利用を申請するにあたり、次のとおり診療情報を提供します。

ふりがな 乳幼児・児童氏名	-----	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
住 所				
保護者氏名				
傷 病 名				
病 状 (○印) ※ 必 須	1 急性期 (発熱等)	2 回復期 (解熱・微熱等)		
診 療 形 態	発症年月日 年 月 日 初診年月日 年 月 日 外来 往診 入院 (年 月 日～ 年 月 日)			
医 師 所 見	症状・既往症・治療状況・経過等			
現在の投薬処方	投薬方法 : 食前・食間・食後・指定時間 (時間毎) 投薬品名 : 解熱剤使用 : なし あり (日 時)			
保育上の留意点	1 室内安静 (ベッド上での生活が主) 2 室内保育 (他児と普通に遊んでよい) 3 隔離 4 その他		※託児する保育士に対する留意点を証明願います。 感染力 大 ・ 小 ・ 無 マスク 有 ・ 無 手袋 有 ・ 無 その他	

年 月 日

医師名 _____ ㊟