

愛川町病児保育利用医師連絡票（医療機関記入）

年 月 日

医療機関 所在地
名称
電話

担当医師名 印

病児保育の利用について次のとおり連絡します。

患者（児童）名	男・女（ 年 月 日生）
病名	
症状	① 発熱 ② 嘔吐 ③ 下痢 ④ 喘鳴 ⑤ 咳 ⑥ 発疹 ⑦ その他主要症状（ ）
治療経過	○次回診療予定： 年 月 日
診療形態	① 外来 ② 往診 ③ 入院（ 年 月 日～ 年 月 日）
保育上の留意点	① ベッド上安静 ② 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） ③ 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）
投薬（薬剤）に関する留意点	
食事（昼食）	ミルク 離乳食（前期・中期・後期） 幼児食 普通食 下痢食 アレルギー食（除去内容等） その他（ ）
その他の留意事項	

*****<以下、保護者記入欄>*****

児童氏名	生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	保護者氏名	

※ 愛川町の病児保育を利用するためには、この医師連絡票が必要となります。ただし、当該医師連絡票を取得したことで必ず希望する日にお子さまを預けられるものではありません。利用予約の可否について、**事前に**実施施設にご確認ください。