

病後児保育実施連絡票

令和 年 月 日

みずき保育園 園長様

医療機関の所在地

医療機関名

電話番号

担当医師名

印

下記の児童について、回復期にあり病後児保育の実施が適当であると認めます。

記

児童名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所			電話番号	
傷病名	(病名)			
	(病名不明の場合、症状を記入してください)			
	(骨折や火傷等の怪我の場合、予想治療期間を記入してください) 全治 日間			
安静度	1. 制限なし 2. 病後児室内等保育 (室内で普通に遊んでよい) 3. 病後児室内安静 (ベッド等での生活が主、静かな遊びは可) 4. ベッド上安静			
昼食	1. 普通食 2. 配慮食 ()			
処方内容 指示等				

●太枠内は保護者が記入してください。