

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。