

病児・病後児保育 連絡票 (診察情報提供書)

ふりがな 児童氏名		生年月日	平成 年 月 日 歳 カ月 男・女
平成 年 月 日 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。			
医療機関	住所 名称	電話番号 (- -)	
	医師名 (印)	FAX番号 (- -)	
病 名			
治療経過 内容等			
服薬の有無	無 ・ 有 (内容	食前・食後・時間(時) その他)
安 静 度 (○印をつけてください)	1. 室内保育(室内で普通どおり遊んで良い) 2. 室内安静(室内で静かな遊びは可) 3. ベッド上での安静を要す 4. 隔離室での隔離を要す		
食事内容 (指定があれば○印をつけてください)	牛乳は飲めますか? (はい・いいえ) 1. ミルク 2. 離乳食(前期・中期・後期) 3. 幼児食 4. 消化に良い食事 ※アレルギー除去食が必要な場合はお弁当持参		

※太枠は医師が記載し、その他は保護者が記載すること。

その他留意点	お預かりするうえで、注意することがあればご記入ください。
医師より上記の説明を受けた上で、病児保育を申し込みます。	
保護者名	
お迎え予定者	関係()
連絡先	(- -)
お迎え時間	(:)

〒861-0913 玉名郡和水町板楠 2442
 TEL(0968)-34-2009
 社会福祉法人 あおば会 あおば保育園
 病児・病後児保育室 そら