はなえみ 病児・病後児利用 医師連絡票

病児・病後児保育の利用について、下記の点について連絡します。

□ 枠内は保護者記入

ふりかな		生年月日
児童名		年　月　日生（　歳）

これより下記は医療機関で記入してください。

病　名	
症　状	
病状（〇印）	1 急性期　2 回復期
安 静 度 〇印	1 ベッド上安静　2 隔離室で隔離 3 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 4 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）
保育区分 〇印	1 病児保育　2 病後児保育 3 病児から病後児に移行可（　日目頃から病後児へ移行）
食 事（昼食） 〇印	ミルク ・離乳食（初期・中期・後期・完了期）・普通食 ・おかゆ
	その他（　）・アレルギー食（除去内容 ：　）
処 方 内 容	処方あり ・ 処方なし <処方ありの場合> 朝食後（自宅） ・昼食後 ・食間 ・夕食後（自宅） （処方薬 ：　）
備　考	診察日　年　月　日 現時点では、入院の必要性はなく、病児保育事業の利用が可能であることを認めます。 この意見書の有効期限　年　月　日 次回診察予定日　年　月　日 医療機関名 医師名　印 住所 電話