

キッズランドこころ病児保育室

病児・病後児保育連絡票

フリガナ

児童の氏名 _____ (男・女)

生年月日 _____ 年 月 日 (歳 ヶ月)

病名及び症状	
年 月 日 診察の結果、現時点での入院の必要はなく、病児保育実施施設において保育及び看護することが可能であると考えられますので、下記の通り連絡致します。	
(医療機関)	
所在地	
名称	電話番号
	診断医師名 ㊞

※太枠内のみ医師に記入を依頼してください。

検査内容等	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> その他 ()
治療 (処方内容)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (食前 ・ 食後 ・ その他 ()) ※お薬の説明書をご持参ください。

【保育上の留意点】

安静度	・普通に遊んでも可 ・主にベッド上で安静とするが静かな遊びは可 ・その他()
食事	・特に制限なし ・制限あり()
その他	

医師より上記の説明を受けた上で、病児・病後児保育を申し込みます。

令和 年 月 日 保護者氏名 ㊞