**病後児保育事業　医師連絡票**

|  |  |
| --- | --- |
| 利用児童名  　　年　　月　　日生(　　歳)　男　・　女 | |
| 病名及び症状 | |
| 年　　月　　日　診察の結果、上記児童は病後児保育実施施設において、保育及び看護することが、現時点では可能であると考えられますので、下記の通り連絡いたします。  (医療機関)  所在地  名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診断医師名　　　　　　　　　　㊞ | |
| 保育上注意する事項 |  |
| 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(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 食事の指示 | ・特に制限なし　　　・制限あり(　　　　　　　　　　　　) |
| 薬 | ・なし　　・あり(　食前　・　食後　・　その他（　　　　　) |
| アレルギー | ・なし　　・あり（　　　　　　　　　　　　　） |
| その他留意事項 |  |