様式第4号　医療機関記

病後児保育利用医師連絡書

令和　　年　　月　　日

ひよこ乳児保育園園長殿

医療機関　所在地
名　称
電　話
担当医師氏名　　印

ひよこ乳児保育園病後児保育利用について、次の通り連絡いたします。

患者氏名		性別	男 ・ 女
患者生年月日	年　月　日（ 満　歳 ）		
患者住所	長浜市		
電話番号		保護者氏名	
病　名			
安静度 （該当事項に〇）	1.　ベット上安静 2.　室内安静　（ベットでの生活が主、他児との静かな遊び可） 3.　室内保育　（他児と室内で普通に遊んでよい）		
食　事 （該当事項に〇）	①　ミルク　　②　牛乳のみ ③　離乳食（前期・中期・後期）　④　幼児食 ⑤　下痢食 ⑥　アレルギー食 （ 除去内容）　卵 ・ 牛乳 ・ 大豆 ・ その他（		
症状の経過 および 治療状況等			
与薬について	病後児保育室での与薬 （ 有 ・ 無 ） 薬品名・用量・用法等		
医師の指示事項 および その他の注意事項	いずれかの該当する項目に☑を入れてください。 ☐　新型コロナウィルス抗原検査済（ PCR ／ 定性 ／ 定量 ）で陰性である。 ☐　新型コロナウィルス感染症と思われる症状はない。 所見		
病後児保育での 預かり予定期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日		
次回診察予定日	令和　年　月　日		