

医師連絡票

病児保育室はぐるーむ 宛

病児保育の利用にあたり、下記のとおり連絡します。

お子さんのお名前	
年 月 日の診断の結果、病児保育室の利用 可・否	
診断医療機関名 及び 電話番号	診断医師 署名 印

病名	
特記すべき検査所見	

保育上の留意点	
安静	特に制限なし・その他()
食べ物	特に制限なし・絶食・その他()
薬	特になし・処方の通り・その他()
その他留意事項	

医師により上記のとおり記載頂いた上で、病時保育を申し込みます。

年 月 日

保護者名 _____



利用できない疾病・症状(ご参考)

疾病	麻疹、風疹、水痘、おたふく、流行性角結膜炎、外科の疾患
症状	喘息の強い発作がある、水分をお口から取れない、24時間以内に頻回の嘔吐 頻回の下痢がある、脱水症状がある、意識が混濁している、 痙攣後48時間を経過していない
その他	2歳0ヶ月を過ぎて麻疹風疹ワクチン、水痘ワクチン未接種の場合