

伊達・ひかり認定こども園

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 ⑩
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	