

# 家庭医連絡票

つくばスワン保育園 様

病児保育事業の利用について、下記の点について連絡します。

令和 年 月 日

お子さんの氏名		年 月 日生( 歳 ヶ月) 男・女
診断名		
症状(○印)		発熱 下痢 嘔吐 咳嗽 喘鳴 発疹 その他 ( )
処方内容		
保育上の留意点	安静度 (○印)	1 ベッド安静 2 隔離室で隔離 3 室内安静 (ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 4 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)
	食事(昼食) (○印)	ミルク・牛乳のみ・離乳食(前期・中期・後期) 幼児食・下痢食 アレルギー食(除去内容)
	その他	
備考		次回診察予定日 月 日 ( )
令和 年 月 日 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。		
医療機関名及び 電話番号		診断医師署名 _____ 印