

病児保育医師連絡票

ティンカーベル保育園 園長殿

年 月 日

本様式はティンカーベル保育園病児保育室利用にあたり、連携医療機関を受診し、医師の診察によって、入院の必要はなく、病児保育室での安静が可能と認められる場合に記入していただくものです。認められる場合は、下記のご記入をお願い致します。

※太枠は保護者の方が記入してください。

お子様の氏名	ふりがな	男 ・ 女	生年月日 年 月 日
お子様の 症状、様子	例・・・今朝から発熱38.5℃ 等		
ティンカーベル保育園病児保育室利用を申し込みます。 保護者氏名 印			

病名	
症状	
処方内容	与薬： あり ・ なし 頓服： あり ・ なし
安静度	制限なし ・ ベッド上安静 ・ 隔離
食事	制限なし ・ 絶食 ・ その他（ ）
保育上の留意点	

保育日誌FAX送信： 要 ・ 不要

上記のお子様は 年 月 日診察後、病児保育が可能と認めます。

医療機関の住所及び名称：

電話番号：

医師名：

印