

医師連絡票

(十日町市病児保育事業)

施設長様

十日町市病児保育事業の利用について下記のとおり連絡します。

利用予定日	令和 年 月 日 ~ 月 日		
※太枠部分は保護者 がご記入ください。 利用児童名		病院名 (医師名)	
生年月日	年 月 日(満 歳)	記入日	令和 年 月 日
病名・病状			
指示事項 (〇印)	安静度	1 ベッド上で安静 2 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 3 室内保育(他児と室内で普通に遊んでもよい)	
	隔離室で隔離	1 必要有 2 必要無	
	食事 (昼食)	1 ミルクのみ 2 離乳食(前期・中期・後期) 3 幼児食 4 下痢食 5 アレルギー食(除去方法:)	
	処方内容 その他 注意事項		

病児保育の状況(報告)

様

利用児童の病児保育の状況について下記のとおり報告します。

	記入日	令和 年 月 日
児童の状況 (利用日) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 計 日		
	記入者	Ⓜ
	施設長	問合せ先

※ 十日町市内の医療機関においては医師連絡票作成にかかる利用者負担はありません。