

年 月 日

旭市病児保育事業医師連絡票

旭市長

医療機関 所在地 _____

名 称 _____

電 話 _____

担当医師 氏 名 _____ ㊟

旭市病児保育事業（病児対応型 ・ 病後児対応型）の利用について、次のとおり諸事項を連絡します。

ふりがな 児童氏名	
病 名 (症状等)	
経 過 (検査内容等)	
処方内容	【与薬時間】 食前・食後・その他（ ） ・抗けいれん薬（座薬）は _____℃以上で使用する
症 状 (番号に○)	1 回復期に至っていない【病児対応型】※病後児対応型受入不可 2 回復期にある【病後児対応型】
安静度 (番号に○)	1 ベット上で安静 2 観察室又は安静室で隔離 3 室内で安静（ベットでの生活が主、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） 5 その他（ ）
食事（昼食） に関する指示	
その他留意事項	