

病後児保育症状連絡票

（宛先）すまいる保育園 施設長 貫 龍太郎

現時点での入院の必要性は認められません。

病後児保育室の利用について、同意するとともに児童の病後の症状について連絡します。

年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

保護者記入欄	乳幼児	(フリガナ) 氏名			
		生年月日	年	月	日 (歳 ヲ月)
	保護者	住所			
		氏名			
	電話	自宅	携帯		

主治医の記入欄	病名			
	利用の可否	<input type="checkbox"/> 病後児保育室の利用可（回復期） <input type="checkbox"/> 否		
	指示事項	隔離の必要	<input type="checkbox"/> なし（他児との相部屋が可能） <input type="checkbox"/> あり	
		保育上の注意	<input type="checkbox"/> ベッド上安静	
			<input type="checkbox"/> 室内安静（ベッド上が主、静かな遊びは可）	
			<input type="checkbox"/> 室内保育（室内で普通に遊んでよい）	
		飲食上の注意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
		投薬上の注意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
解熱剤の使用		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			
その他の注意事項				
利用を必要とする期間	月	日から	月	日まで

※ の該当箇所にチェックを記入してください。

※ この文書は、保険診療（診療情報提供料I）の扱いとなります。

（患者1人につき月1回に限り算定）