

蕨市病児・病後児保育事業利用連絡書

年 月 日

施設長 あて

医療機関名_____

医師署名_____ 印

蕨市病児・病後児保育事業の利用について、以下のとおり連絡します。

児 童 氏 名		性 別	
生 年 月 日	年 月 日生 (歳)		
住 所			
傷 病 名			
病 状 (○印)	1 急性期 (発熱等) 2 回復期 (解熱・微熱等)		
安 静 度 (○印)	1 安静室にて単独で隔離 2 安静室にて同じ病名の他児とは同室可 3 室内安静 (ベッド上での安静が主、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)		
入院の必要性 (○印)	有 ・ 無		
処 方 内 容			
特 記 事 項			