

病後児保育症状連絡票

(宛先) 見 附 市 長

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・児童	(フリガナ)氏名	
		生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
	保護者	住所	
		氏名	
		電話	自宅 携帯

主治医記入欄	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(利用不可)	
	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"/> ベット上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静(ベット上が主、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。

(患者一人につき月1回に限り算定)