

(様式2)

医師連絡票

病児・病後児保育室
チャイルド・ケアセンター 施設長 殿

氏名 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

病名 (症状) _____

安静度	1. 隔離室で隔離 2. 室内安静 (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良い)
食べ物	1. 特に制限なし 2. 絶食 3. その他 (_____)
薬	1. 特になし 2. 処方のおり 3. その他 (_____)
注意事項	
次回受診日	_____ 月 _____ 日 (_____)
備考	

診断の結果、現時点での入院の必要はみとめられませんので、

病児・病後児保育室の利用が可能と認めます。

年 _____ 月 _____ 日

住所

医療機関名

医師名

印