**パピー保育園病児保育医師連絡票**

**パピー保育園**

**園長　萩原　茂　殿**

**令和　　年　　月　　日**

**医療機関　名称**

**所在地**

**電話番号**

**医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**病気（回復期に至らない場合）の児童が、パピー保育園病児保育室の利用を申請するにあたり、下記のとおり診療情報を提供します。**

**尚、診断の結果、現時点で入院の必要性は認められません。**

**（医療機関記入欄）**

|  |  |
| --- | --- |
| **病名（症状等）** |  |
| **病名不明の時** | **発熱　　下痢　　嘔吐　　咳嗽　　喘鳴　　発疹****その他（　　　　　　　　　　　　　）** |
| **安静度** | **□別室保育（他児への感染を防ぐため隔離して保育）****□室内安静（主にベッドの上で安静）／（静かな遊びは可）****□室内保育（室内で普通に遊んでよい）** |
| **食事** | **□普通食□絶食□胃腸炎の食事□離乳食（前期・中期・後期）□ミルクのみ****□アレルギー食｛除去内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　｝** |
| **薬剤の処方** | **□なし****□あり（ありの場合薬剤情報参照）** |
| **その他注意事項** |  |

**（保護者記入欄）**

|  |
| --- |
| **（ふりがな）****児童の氏名　　　　　　　　　　　　（生年月日）　　　　　年　　月　　日生（　　　歳）男・女** |

|  |  |
| --- | --- |
| **緊急連絡先****（氏名・電話番号）** | **（第一）　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　　）****氏名　　　　　　　　　　　続柄（　　　）** |
| **（第二）　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　　）****氏名　　　　　　　　　　　続柄（　　　）** |
| **お迎え予定者** | **氏名　　　　　　　　　　続柄（　　　）** | **お迎え予定時刻　（　　　　　　　　時頃）** |
| **利用事由** | * **勤務の都合　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**
 |
| **家族内での****病気の有無** | * **あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**□なし** |