

病児保育連絡票

病児保育事業併設医療機関 担当医 様
(豊 田 市 長)

保護者記入欄	児 童 名	ふりがな	男・女	生年月日	年齢
				年 月 日生	歳 か月
	住 所	〒 - 電話番号			
	今までにかかった主な病気	1 熱性けいれん (無・有 : 回) 最終発症時期: 年 月 日 ダイアアップ座薬予防の指示: 有・無 2 経過観察している病気 (無・有:) 3 その他 ※あれば下記に記入してください。 ()			
食物アレルギー	無・有	具体的な症状: 除去内容等: 牛乳・卵・小麦・その他 ()			

(医療機関記入欄)

傷 病 名	
症状経過及び 検査結果・治療経過	
現在の処方 (投薬の有無)	無・有 [内容、投与方法等]
隔離	要・不要
安 静 度 (該当番号に○印をつけてください)	01 普通に遊んでよい 02 静かに遊ぶ程度ならよい 03 安静を要す 04 当日の実施施設の判断による
食事(昼食) (該当番号に○印をつけてください)	01 特に制限なし 02 制限あり 内容 ()
病児保育が 必要な期間	年 月 日 ~ 年 月 日

当面症状の急変は認められないため、「病児保育事業」について利用が可能です。

医療機関 所在地
名 称
医 師 名
電 話 番 号