

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