

医療機関 様

病児保育室利用にあたり、お手をかけて申し訳ありませんが、ご記入をお願いいたします。

伊豆市長

医師からの連絡票

伊豆市長 あて

病児保育の利用について、下記のとおり連絡します。

年 月 日

児童氏名	男・女	医療機関	医師	印
診 断 名	病児保育		可	・ 不可
	不可理由			
病 状	急性期（発熱等） 回復期（下熱・微熱等） 寛解 発熱・嘔吐・下痢・咳・鼻水・発疹・その他（ ）			
感 染 力	有（強・中・弱）・無	隔離室に隔離	要 ・ 不要	
安 静 度	1. ベッド上安静 2. 室内安静（ベッドでの安静が主、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よい）			
食 事	ミルク又は牛乳のみ ・ 離乳食（前期・中期・後期・完了期） ・ 幼児食 下痢食 ・ アレルギー食（除去内容 ） ・ 制限なし 1回の摂取量は、 標準量 ・ 標準量の 2/3 ・ 標準量の 1/2			
処方内容				
転 帰	月 日（ ）まで病児保育、 月 日（ ）から正常保育			
翌日診察	必 要 ・ 不 要			
備 考				

保護者の方へ 伊豆赤十字病院以外の医療機関で受診する場合、この用紙を持って行き、記入してもらってください。病児保育室利用当日に、伊豆赤十字病院受付に提出してください。