

医療機関記入

令和 年 月 日記入

医療法人 悦省会 武の子保育園 病児保育事業利用連絡書

医療法人 悦省会 武の子保育園

医療機関 所在地
名称
電話
F A X

担当医師 氏名 印

医療法人 悦省会 武の子保育園 病児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

【保護者記入欄】

患者氏名		性別		生年月日	
患者住所					
電話番号		保護者氏名			

【医療機関記入欄】

令和 年 月 日 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。	
病名・症状	
経過 検査内容等	
投薬状況	食前・食後(時)・その他()
特記すべき 既往歴 (いずれかに○)	有 ・ 無し ・ 不明 ↓ (該当するものに○) 熱性けいれん (回) ・ ぜんそく ・ 食物アレルギー その他 ()
※初めての受診など、把握している既往歴がない場合は「不明」でかまいません。	
その他の 注意事項	
※他の児童との接触の可否、利用施設において注意する点があれば、上の欄にご記入ください。	
安静	特に制限無し・ベッドで安静・その他()
食べ物	特に制限なし・絶食・その他()