

※下の太枠内は保護者が記入すること。

患者氏名		性 別	男 ・ 女
住 所		生年月日	年 月 日 （ 歳）
電話番号		保護者氏名	

別海町の病児保育事業を利用するためにはこの医師連絡票が必要ですが、この医師連絡票をとったことで必ず希望する日にお子様を預けられるというものではありません。
予約がとれるかどうかにつきましては、事前に施設にご確認ください。

医療機関記入

医師連絡票

病児保育事業実施者 様

医療機関 所在地 _____
名 称 _____
担当医師 氏 名 _____ 印

別海町病児保育事業の利用について、次の通り連絡します。

病 名			
症 状			
集団生活をするにあたって注意点等			
治療経過及び現在の投薬処方			
病 状 (番号に○)	1.回復前期 2.回復期	入院していた場合	年 月 日から 年 月 日
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。			
安静度 (番号に○)	1 ベット上で安静 2 観察室又は安静室で隔離 3 室内で安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 4 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）		
食事（昼食） (該当○)	ミルク 牛乳のみ 離乳食（前期・中期・後期） 幼児食 普通食 下痢食 アレルギー食（除去内容 ）・その他（ ）		

※本連絡票の有効期間は、診断日より原則5日間（同様の症状の場合にのみ有効）です。
※この文書は保険診療（診療情報提供料Ⅰ）の扱いとなります。ただし、患者1人につき月1回の適用となります。