

## 医師連絡票（様式第3号）

病後児保育を利用する際、利用者に関する診療情報をかかりつけ医に記入して頂く書類です。  
利用当日にお持ち下さい。

令和 年 月 日

|       |  |     |   |
|-------|--|-----|---|
| フリガナ  |  | 病院名 |   |
| 利用者氏名 |  | 医師名 | 印 |

|            |   |
|------------|---|
| 病名         |   |
| 症状         |   |
| 処方内容       |   |
| 食事について     |   |
| 病状の段階      | <input type="checkbox"/> 急性期（発熱等） <input type="checkbox"/> 回復期（下痢・微熱等）  |
| 安静度レベル     | <input type="checkbox"/> ベッド上で安静 <input type="checkbox"/> 室内で安静<br><input type="checkbox"/> 室内保育（他児と室内で普通に遊ぶことが可能）<br><input type="checkbox"/> 隔離室で隔離 |
| 翌日の病児保育の利用 | <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不必要（保育園に復帰）  |
| その他留意点     |   |