

病児保育事業医師連絡票（診断書）

令和 年 月 日

ALBERO 保育園 園長様

医療機関 所在地
 名称
 電話番号
 診断医師署名

お子様の氏名	男・女	年	月	日生
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)			
緊急連絡先	勤務先：		電話番号：	
診断名				
急性期 (発熱等)	<input type="checkbox"/> 回復見込み日数 () <input type="checkbox"/> 再受診 (要： 日後 / 不要)			
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静 (ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内安静 (他児と室内で普通に遊んで良い)			
食事に関する 特別な指示	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 胃腸食 <input type="checkbox"/> 離乳食 (<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容：)			
その他 (注意事項)				