

医師連絡表

（あて先）和歌山市長

病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

フリガナ			生 年 月 日	性 別
児童名			年 月 日生	男・女
住所			連絡先	
診断名				
診療形態	1. 通院 2. 往診 3. 入院（ 年 月 日 ～ 年 月 日）			
	発症年月日（ 年 月 日）		初診年月日（ 年 月 日）	
病状経過		既往歴		
現在の投薬状況（投薬の必要：有・無）				
薬の名称：				
薬の内容： 抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・風邪薬・外用薬（保湿剤を除く。） その他（ ）				
投薬時間： 食前・食後・食間		保管方法： 室温・冷蔵		
投薬による児童の観察事項など：				
その他注意事項など：				
保育上の留意事項	1. 安静について			
	2. 食事について			
	3. その他留意すべきこと			
<p>本児童の現在の病状は感染性もなく回復期にあり、又は安定していると考えますので、次の期間においては、病後児保育事業の適応があると認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 ～ 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関 名称</p> <p style="text-align: center;">連絡先</p> <p style="text-align: center;">担当医師 氏名</p>				