

医師連絡票

病児保育「めぐまこの家」行き

病児保育の利用について、次のとおり連絡いたします。

患者名		男・女	生年月日	西暦 年 月 日生 (歳)
病名・症状				
	(病名不明のとき) 発熱 下痢 嘔吐 咳嗽 喘鳴 発疹 ()			
安静度 (番号に○印)	1 ベッド上安静 2 隔離室での隔離 3 室内安静 (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 (他児との室内で普通に遊んでよい)			
食事	配慮が必要な場合記入してください			
処方内容				
留意事項				
病児保育	病児保育機関：およそ _____ 日間			
医師署名	医療機関名		医師名	