

第 3 号様式（第 8 条関係）

事前連絡	令和 年 月 日	連絡確認済 <input type="checkbox"/>
------	----------	--------------------------------

病児保育室に事前連絡し、にチェックしてください。
 （医療機関様 チェックなしの時、連絡票の記載不要）

病児・病後児保育事業利用医師連絡票

令和 年 月 日

富士宮市長 宛

医療機関 所在地

名 称

担当医師 氏 名

印

電 話

病児・病後児保育事業の利用について、富士宮市立保育所病児・病後児保育事業実施要領第 8 条第 2 項の規定により次のとおり連絡します。

患者氏名	(歳)	性 別	男・女
病 名			
症 状	1、発熱 2、嘔吐 3、下痢 4、喘鳴 5、咳 6、発疹 7、痛み 8、その他主要症状 ()		
病 状	1、回復期に至らない (病児) 2、回復期 (病後児) 次回診察予定: なし・あり (年 月 日)		
保育上の注意	<input type="checkbox"/> 特に制限なし <input type="checkbox"/> ベッド上での安静を要する <input type="checkbox"/> その他注意あり (下記に記入してください)		
食事上の注意	<input type="checkbox"/> 特に制限なし <input type="checkbox"/> その他注意あり (下記に記入してください)		
投薬 (薬剤) の注意	<input type="checkbox"/> 処方のおりとする <input type="checkbox"/> その他注意あり (下記に記入してください)		
病児・病後児保育事業の利用見込み	令和 年 月 日 まで (病児保育利用:発熱時は最長で2日、更新時は改めて連絡票を提出してください。)		
その他留意事項			