

糸島市病児・病後児保育施設 医師連絡票

糸島市病児・病後児保育施設
指定管理者 殿医療機関 住 所
施 設 名
医 師 名
電話番号

印

病児・病後児保育施設の利用にあたり、必要な情報を下記のとおり提供いたします。

児童氏名	
病 名	症 状(○印) 1 発熱 ・ 2 下痢 ・ 3 嘔吐 ・ 4 咳嗽 ・ 5 喘鳴 6 発疹 ・ 7 その他()
新型コロナウイルス感染症検査実施状況 抗原検査 ・ PCR検査 にて陰性確認 (実施検査に○)	
病児・病後児の区分(○印) 1 病気の回復期に至らない(病児) ・ 2 病気の回復期にある (病後児)	
安静度(○印) 1 臥床安静 ・ 2 室内安静(静かな遊び可) ・ 3 室内保育(他児童と遊び可) ・ 4 隔離	
処方内容及び与薬指示 (投薬や吸入の指示、痙攣予防や発熱時の坐薬使用の指示等がありましたら、ご記入ください)	
その他注意事項	
利用予定期間 令和 年 月 日 ～ 月 日(日間) ※限度7日間	
次回の診察予定日 令和 年 月 日	

【同意事項】

※感染力の強い病気、又は症状の急変の可能性が高い場合は、ご利用をお断りすることがあります。

糸島市病児・病後児保育施設コアラ TEL 092-322-9720 FAX 092-322-9725

2023.05