

様式第3号（第4条関係）

恵那市病児保育所利用連絡票

（医師記入欄）

児童の氏名	年	月	日生
病名・症状			
年	月	日	診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。
診断医療機関名及び電話番号			
診断医師署名			印

（保護者記入欄）

医療機関で診察以外に検査や治療を受けられましたか。
いいえ・はい（内容） ※内容例：インフルエンザの判定検査や点滴など
医師から以下のことについて指示等がありましたか。
安 静：いいえ はい {ベッド上で安静 室内安静（静かな遊び可） 室内保育（他児との遊び可）}
食べ物：いいえ はい {絶食・その他の指示（内容）}
その他医師から特別な指示はありましたか。（注意点、出席停止期間や隔離など）
いいえ・はい（内容）
薬を処方されましたか。
いいえ・はい（薬名）