

病児・病後児保育 連絡カード

家庭から

お子様の氏名 _____

生年月日 平成 年 月 日 (歳 ヶ月)

当日の連絡先 ① _____ ② _____

1. 病状 　　いつから・どのような症状
2. くすり内服 　　(していた ・ していない)
3. 食物アレルギー
　　または食事制限 　　・ あり
　　①医療機関からの指示・・指示書のコピーをご提示ください。
　　②自主的に避けている・・ (内容: _____)
　　・ なし
4. けいれん等の既往症 　　利用日の一年以内のけいれん等症状の有無
　　・ あり
　　(平成 年 月 日: 症状 _____)
　　・ なし

医師から

1. 診断名 _____

2. 処方内容 (_____)

坐 薬 (可 ・ 不可)

3. 隔 離 (必要 ・ 不要)

4. 特に注意すべき事柄があれば記入をお願いします。(安静の必要性等)

平成 年 月 日

医 院 名 _____

医 師 名 _____ 印