

医師連絡票

病児保育の利用について、下記のとおり連絡します。

児童氏名	
病状・症状	
安静度	ベッド上安静 隔離室で隔離 室内安静（他児との静かな遊びは可）
薬の処方	投薬なし 投薬あり（ ） 与薬上の注意（ ）
指示事項	
主治医所見	病児保育の利用は可能と認めます。 令和 年 月 日 医療機関名 医師名 電話番号