

病児デイケア「ままのて」の利用につきましてご記入お願いいたします。

かかりつけ医から病児デイケアへの連絡票

平成 年 月 日

病院・医院名		医師名	⑩
児童氏名			
病名			
病状	<input type="checkbox"/> 急性期(発熱など) <input type="checkbox"/> 回復期(解熱・微熱など) ※特記事項など()		
内服薬など	なし ・ あり	病児・病後児保育室の利用	可 ・ 不可
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上での安静が必要 <input type="checkbox"/> 感染の恐れがあるため個室での保育が必要 <input type="checkbox"/> 室内での安静が必要(ベッドでの生活が主であるが、他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内での保育が可(他児と室内で普通に遊んで良い)		
食事・おやつ	【指示がある場合ご記入ください。】		
その他特記事項			

ご不明な点などございましたら、恐れ入りますが、病児デイケア「ままのて」までご連絡ください。

病児デイケア「ままのて」 0778-22-5000(直通)

越前市平出1-12-37 野尻医院内 0778-22-5108(代表)