

病児・病後児保育センター医師連絡票

年 月 日				
(宛先) 病児・病後児保育センター指定管理者				
医療機関 所在地				
名称				
電話				
医師氏名 ㊟				
児氏名	氏名	性別	生年月日 令和 平成 年 月 日生	年齢 歳
	住所			電話番号
病名				
区分 (番号に○)	*麻しんの受け入れは病後児のみとなります。			
	01 病児 (入院は不要だが、隔離室での対応の必要な児) 隔離室で対応	02 病後児 (感染の危険性がない状態の児) A ベッド上 B 室内安静(ベッドの生活が主、他児との静かな遊びは可) C 室内保育(他児と室内で普通に遊んでもよい)		
症状				
食事 (番号に○)	01 ミルク・牛乳のみ 02 離乳食(前期・中期・後期) 03 普通食 04 下痢食 05 アレルギー食(除去内容:) 06 その他(内容:)			
処方内容	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照			
注意事項				

※ 主治医の先生へお願い

- ・この用紙は、診療のうえご記入いただき、保護者にお渡しくださいますようお願いいたします。
- ・料金は、保険診療(診療情報提供料 I)の扱いでお願いいたします。

※ 救急医療センターでは発行できません。

[問い合わせ先] 総合医療センター病児・病後児保育センター 電話 (046)884-1323
 中央こども園病児・病後児保育センター 電話 (046)824-6282
 横須賀市民生局福祉こども部子育て支援課 電話 (046)822-8268