

医師連絡票（病児保育利用許可書）

オハナ☆キッズケア 殿

医療機関 住所
名称
医師名 印
電話
診断日時 年 月 日 時 分

保護者からの病児・病後児保育の利用希望に対して許可を与えるとともに、以下の点について連絡します。

（保護者記入欄）

ふりがな 児童氏名	男・女	生年月日 (年齢)	20 年 月 日 (歳 ヶ月)
住所	[電話]		
保護者氏名	[連絡先]		
かかりつけ医	[電話]		

（医療機関記入欄）

新型コロナウイルス感染拡大に伴い、病児保育利用の受け入れを制限しています。	
病名	1 骨折 (診断名:) 2 熱傷 (診断名:) 3 膿痂疹 4 その他 (診断名:)
病状	1 急性期 2 回復期
安静度	1 床上安静
	2 室内安静 (床上での生活が主、静かな遊びは可)
	3 室内保育 (室内での通常の遊びが可)
隔離の必要性	1 必要 2 不要
保育上で留意すること	