

令和 年 月 日

那珂川市病児・病後児保育 医師連絡票

(あて先) 那珂川市長

医療機関 所在地
名称
医師氏名 ⑩
電話番号

病児・病後児保育事業の利用に当たり必要な情報について下記のとおり提供します。

児童氏名	男・女	生年月日	平成 令和	年	月	日(歳 ヶ月)
住所	〒 -		電話番号			
病名 (経過)						
病状	<input type="checkbox"/> 病気の回復期に至らない(病児) <input type="checkbox"/> 病気の回復期にある(病後児)					
安静度	<input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育					
熱性けいれんの既往歴	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し					
食物アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有り(除去の内容:) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明					
投薬	<input type="checkbox"/> 有り(薬の名称:) <input type="checkbox"/> 無し					
その他 注意事項						
入室後の経過連絡	<input type="checkbox"/> 必要ない <input type="checkbox"/> 必要 → 連絡方法: <input type="checkbox"/> 電話(- -) <input type="checkbox"/> FAX(- -)					

《問い合わせ先》

キッズデイケアルームなかがわ TEL 080-6423-4455
かく小児科医院 TEL 092-953-3344
那珂川市こども応援課 TEL 092-953-2211