医　師　連　絡　票

【津南町病児保育事業】

施　設　長　　様

津南町病児保育事業の利用について下記のとおり連絡します。

利用予定日	令和　年　月　日～　月　日	病　院　名 （医　師　名）	
※太枠部分は保護者がご記入ください。 利用児童名			
生 年 月 日	平成 令和　年　月　日(満　歳)	記　入　日	令和　年　月　日
病名・病状			
指示事項（〇印） 安　静　度	1　ベッド上で安静 2　室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 3　室内保育(他児と室内で普通に遊んでもよい)		
隔離室で隔離	1　必要有　　2　必要無		
食　事 （昼　食）	1　ミルクのみ　　2　離乳食（ 前期 ・ 中期 ・ 後期 ） 3　幼児食　　4　下痢食 5　アレルギー食(除去方法:　　)		
処方内容 そ の 他 注意事項			

病児保育の状況（報告）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　子育て・健康支援センター　ちくたく

利用児童の病児保育の状況について下記のとおり報告します。

記入日	令和　年　月　日

児童の状況 (利用日) 令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 計　日	記入者　　㊞
	施設長　　問合先　０２５－７５８－４３９０