

岡崎市病後児保育事業連絡票

令和 年 月 日

(宛 先) 岡 崎 市 長

医療機関 所在地
名 称

担当医師 氏 名

(本人が手書きをしない場合は記名押印してください。)

電 話

この児童は診察の結果、下記の病気の回復期にあり、病後児保育室の利用が可能です。

患者氏名		性 別	男 女
病 名			
保育上の 留 意 点	1 室内安静 (ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 2 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)		
保育期間	日間		
食 事	普 通 ・ 制限食 ()		

※ 与薬が必要な場合 (薬の処方内容について、該当するものには○印を、特記事項がある場合はご記入ください。)

	1	2	3
形状・与薬量	散(袋/回) シロップ() 錠剤 () 軟膏 () 坐薬 () その他 ()	散(袋/回) シロップ() 錠剤 () 軟膏 () 坐薬 () その他 ()	散(袋/回) シロップ() 錠剤 () 軟膏 () 坐薬 () その他 ()
効果・種類	抗生物質 かぜ薬 抗アレルギー剤 下痢止め 抗けいれん剤 その他 ()	抗生物質 かぜ薬 抗アレルギー剤 下痢止め 抗けいれん剤 その他 ()	抗生物質 かぜ薬 抗アレルギー剤 下痢止め 抗けいれん剤 その他 ()
与薬時間	食前 食後 その他 ()	食前 食後 その他 ()	食前 食後 その他 ()
保管方法	常温保存(日光は避ける) 低温保存(冷蔵庫) その他 ()	常温保存(日光は避ける) 低温保存(冷蔵庫) その他 ()	常温保存(日光は避ける) 低温保存(冷蔵庫) その他 ()
特記事項			