

## ビーンズ保育園病児保育室 利用連絡票

〈宛先〉 ビーンズ保育園 病児保育室

医療機関所在地	
名	称
T E L	
F A X	
担当医師名	印

## 【保護者記入欄】

ふりがな			H	年	月	日
患者氏名	男 女	生年月日	R	(	歳	ヶ月)
保護者氏名						印
症状	熱 (今朝: °C / 最高: °C) / 鼻水 / 咳 その他 ( )					
現在治療中の病気	無 ・ 有	常用薬	無 ・ 有 ( )			
既往歴 アレルギー	熱性けいれん 無 ・ 有 / 食物アレルギー 無 ・ 有					

## 【医療機関記入欄】

診断名						
経過 (検査等)						
治療内容	処方通り ・ その他 ( )					
安静度	制限なし ・ 安静	隔離	無 ・ 有			
食事	制限なし ・ 絶食 (水分のみ摂取可) ・ その他 ( )					
保育上の留意点						

病児保育室の利用を許可します。

所在地 〒010-0903 秋田市保戸野八丁2番9号  
事業所名 株式会社 いわま薬局 ビーンズ保育園  
T E L 018(853)7166