

## 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

TEL

FAX

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)
症状	<input type="checkbox"/> 発熱	月 日 から (今朝: °C / 最高: °C)				
	<input type="checkbox"/> 鼻水	月 日 から	<input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 咳	月 日 から	[			]
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】

受診日			
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

TEL 018(853)7166

## ※注意事項

- ・利用連絡票(様式3)は利用日前日または、当日のもののみ有効です。