

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

次のとおり病児保育室の利用を許可します。

担 当 医 師 名

印

【保護者記入欄】

ふりがな		生年	H・R	年	月	日
患者氏名	男 女	月日	(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"/> 咳 月 日から <input type="checkbox"/> 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					

【医師記入欄】

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						

※注意事項

- ・利用連絡票(様式2)は、利用日前日または当日の日付のもののみ有効です。
- ・不明な点があればお問い合わせください。

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