

## 袋井市病後児保育事業 連絡票

年 月 日

袋井市長 宛

医療機関 所在地  
名称  
担当医師 氏名  
電話



この児童は、診察の結果から次の病気の回復期にあり、病後児保育事業の利用が可能です。

患者氏名			
病 名			
現在の投薬 処方内容	薬 品 名	量	用法
保育上の 留 意 点	1 安静（ベッドで安静にしている） 2 ベッドが主だが静かな遊びは可 3 普通に遊ぶことも可 4 その他		
部屋の隔離の 必要	1 必要 2 不要		
食事上の 留 意 点	1 特にない 2 除去食（                                  ）あり 3 水分の補給 4 その他		
その他	※その他お気づきのことをご記入ください。		