

医 師 連 絡 票

児 童 名	男・女	年 月 日生
住 所	泉大津市	
傷 病 名		
隔離の要否	要（感染のおそれ：有 無） 不要（回復期のため入室は差し支え無し）	
安 静 度 (○印)	1 室内保育（室内で普通に遊んでよい） 2 室内安静（室内で静かな遊びは可） 3 ベット上安静 4 その他（ ）	
与 薬	処方内容：（ ） （ ） 病児病後児保育室で必要な与薬 （ ）	
指 示 事 項		
年 月 日		
病児・病後児保育の利用について、上記の点について連絡します。		
医療機関所在地及び名称		
.....		
医師名		
..... 印		