

おひさまこどものクリニック 病児保育当日連絡票

* 病児保育利用のため、以下の項目にチェックをしてください。

(すべての項目にチェックがない場合は利用をお断りさせていただきます)

☐ 病児保育室利用のため、医師の記入がある保育連絡票を添付して申し込みをします。

☐病児保育室の利用中は、院長並びに病児保育室スタッフの指示に従います。

☐再受診が必要だとスタッフが判断した場合、医療機関への受診を同意します。

☐利用児の状態が変化して病児保育室での対応が困難になった場合は、病児保育の利用中止に同意します。

☐ 与薬は、医師の指示のもと看護師が実施することに同意します。

☐ 「利用案内」の内容を読み、その内容に同意します。

令和 年 月 日

保護者名 _____

利用児の氏名

【当てはまるものに○をしてください】

住所【播磨町・加古川市・明石市・稲美町・その他（ ）】

※以下は医師が記入します

診察日 年 月 日

診断名

□□□ナ検査実施（陽性・陰性）

☐インフルエンザ検査実施（A型・B型・陰性）

☐ その他 () 検査実施 (陽性・陰性)

症状 ☐急性期（発熱等） ☐回復期（解熱・微熱等）

与薬 □薬なし

☐持参薬（内服・目薬・塗り薬・その他）☐ 当日処方薬

安静度 ☐ 隔離室

☐ 室内保育

☐ その他(指示→)

医師指示 解熱剤 必要に応じて ☐ ダイヤップ指示 ()

吸入 必要に応じて ☐ その他指示あり（ボスミン・ベネトリン・ビソルボン）

吸引 必要に応じて ☐ その他指示あり ()

★その他重要な連絡事項（ ）