

所沢市病児・病後児保育事業利用連
 医療法人慈桜会瀬戸病院
 病児保育もりもり保育室宛て

病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

児童氏名	瀬戸 花子	住所	所沢市
病名及び病状			
病名同一の方を同室とするため症状ではなく病名を記入 (診断名)			
処方内容	頓用薬の場合には薬剤名・使用方法を詳しく記入下さい。 (例) 発熱時 内服 カロナール 100mg/回 処方 <u>38. 5℃以上 6 時間あけて使用</u> 発熱時 座薬 ダイアアップ 4mg/回 2 回分 処方 <u>37. 5℃以上 8 時間あけて使用 1 回目使用時間 10:30</u> ダイアアップ 2 回目使用方法 8 時間後 37.5℃以上で使用		
留意事項	※隔離の必要 (必要・不要・その他) ※お預かりできない疾病 流行性角結膜炎、水痘、麻疹、疥癬		
次回診察予定	年 月 日 ()		
年 月 日	所在地	発行日を含めて原則 7 日間有効です。但し、病名及び病状が変わった場合には、再診・新しい連絡票の発行をお願いします。	
	医療機		
	医師氏		

様式第 1 号

所沢市病児・病後児保育事業利用連絡票医
療法人慈桜会瀬戸病院
病児保育もりもり保育室宛て

病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

児童氏名		住所	所沢市
病 名 及 び 病 状			
処方内容			
留意事項	※隔離の必要 (必要・不要・その他) ※お預かりできない疾病 流行性角結膜炎、水痘、麻疹、疥癬		
次回診察予定	年 月 日 ()		
年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名			