

医師意見書

ID: _____

保護者記入欄

| | | | |
|-----------|-------|---------|-------|
| 児 童 氏 名 | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 生 年 月 日 | 年 月 日 | (歳) | |
| 住 所 | | | |
| 保 護 者 氏 名 | | 電 話 番 号 | |

| | |
|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | 病児保育室 |
| <input type="checkbox"/> | 病後児保育室 |

の利用について下記のとおり連絡します。

医療機関記入欄

| | |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 病 名 及 び 病 状 | |
| 食 事 | <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 対応食 <input type="checkbox"/> その他注意 () |
| 安 静 度 | ・ベッドで安静 ・室内で安静 ・室内保育 ・その他 () |
| お 薬 に つ い て | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 () 処方内容 |
| そ の 他 注 意 事 項 | |
| 利 用 必 要 期 間 | 月 日 ~ 月 日 |

年 月 日

医療機関

住 所

TEL

担当医師名

印