

新宿区病児・病後児保育利用連絡票

病児・病後児保育室
病後児保育室
ファミリー・サポート・センター

宛て

医療機関

住所

名称

医師名

印

電話

診断日時

年 月 日 時 分

この児童は、診察の結果、病児・病後児保育室、病後児保育室、ファミリー・サポート・センターの利用が可能と思われますので連絡します。

(保護者・利用会員記入欄)

ふりがな 児童氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳 ヶ月)
住所	新宿区 [電話]		
保護者氏名		保育園名	
かかりつけ医	[電話]		
利用希望施設 (○ををする) ※複数でも可	1 病児・病後児保育室 (わらべうた四谷 ・新宿いるま) 2 病後児保育室 (原町みゆき・オルト・新宿こだま) 3 ファミリー・サポート・センター		

(医療機関記入欄)

病名			
	※ 原町みゆき保育園では、手足口病、ヘルパンギーナの場合、利用できません。		
病児・病後児の区分	1 病気の回復期に至らない (病児) ※ 病後児保育室では受入れ不可 2 病気の回復期にある (病後児)		
利用(見込)期間	診断日(本利用連絡票作成日)を含め	日間程度	※ 利用可能日数にかかわる重要な情報ですので、必ずご記入ください。
急変の可能性 (○ををする)	1 高い 2 低い 3 極めて低い	予想される 病状の変化	
病状悪化時の対応指示			
安静度 (○ををする)	1 ベッド上で安静 ※ 病後児保育室では受入れ不可 2 室内安静 (室内での静的な遊び、受け身の遊びは可) 3 室内保育 (室内でのやや活動的な遊び、他の児童との集団的な遊びは可)		
食事に関する指示 (○ををする)	普通食 (乳児食 ・ 幼児食) 胃腸食 () アレルギー食 (除去内容)		
処方内容	※ 院外処方の場合は、薬局発行の調剤内訳の写しを本書に添付すること。		
留意事項			

(注1) 病気の回復状況によっては、本利用連絡票の再提出を求めることがあります。

(注2) 利用(見込)期間内は、児童の病状に関する問合わせにご協力ください。