

にこっと保育園
医師連絡票（診療情報提供書）

医療機関名：
住所：〒

電話番号：

診断の結果、病児・病後児保育室【にこっと保育園】の利用が可能と判断します。

患者様情報	
(ふりがな)	
児童氏名	性別 男・女
生年月日	平・令 年 月 日 生
診断結果	
病気の状況について	病名
	病(後)児保育の利用(変更)を必要と認める期間
	処方薬
	隔離の必要性
病状の経過	
現在の投薬処方	
保育上の留意点	<input type="checkbox"/> ベッドの上での安静が必要
	<input type="checkbox"/> 室内で安静（ベッドの上での生活が主。他の児童との静かな遊びは可能）
	<input type="checkbox"/> 室内で保育（他の児童と室内で遊んでも良い）
注意事項、連絡事項、食事方法（昼食）、その他について指示があれば記載をお願いします。	
担当医師名： _____ (印)	

※病児・病後児保育事業の利用（変更）の申請には、この主治医意見書が必要です。
※投薬について別紙がある場合については、「現在の投薬処方」に記入の必要はありません。