

病後児保育室すみれ 病後児保育確認票

子どもの氏名	
生年月日 年 月 日（	
受診医療機関名	
電話番号	☎（ ）－（ ）－（ ）
受診日	年 月 日

症状（病名等）	
---------	--

保育上の留意点（医師からの説明）

要安静度	隔離室で隔離・ベット等で安静・室内で安静・特に制限なし
服薬	あり ・ なし
薬の内容	抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬・その他（ ）
薬の保管方法	室温・冷蔵庫・その他（ ）
服薬時間	昼食後 ・ 時間指定（ 時 分） ・ その他
食事	ミルクのみ・離乳食【初期・初期荒・中期・後期】・幼児食・下痢食 除去食（ ）・その他（ ）
その他留意事項	

医師より上記の説明を受け、病気の回復期であるため、病後児保育を申し込みます。

年 月 日

保護者名 _____

連絡事項

保護者の勤務場所 （所在地）	
緊急連絡先	① 電話番号 — —
	② 電話番号 — —
お迎え時間	（ ）時（ ）分頃
お迎え予定者	名前 関係（ ）