

病後児保育指示書

本書記載年月日:平成 年 月 日
医療機関
電話番号
FAX
医師名

児童氏名 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____ 性別 _____

発症日: 月 日 朝・昼・夕

病名:

該当するものを○で囲んでください

現在特に目立つ症状: 発熱 咳嗽 嘔吐 下痢 発疹 眼脂

既往歴: 喘息 アレルギー性鼻炎 水痘 おたふくかぜ はしか 風疹
心疾患 川崎病
先天性のもの ()

痙攣: 有・無 ※座薬の指示(ダイアップ4mg 6mg)

アレルギー: 有・無 (食品名)

現在の服用: 有・無 (処方内容のコピーの同封をお願い致します)

服薬: 好む・嫌う

希望薬: 錠剤 散剤 シロップ薬 座薬 吸入薬 貼用剤

体質など特記するものがありませんでしたら、ご教示下さい

ご協力ありがとうございました。
お預かりした保育記録は後日FAX致しますのでご了承ください。

病後児保育室 「のびのび」
〒742-1102 熊毛郡平生町大字平生村824-3
TEL:0820-26-4145 FAX:0820-25-3396
医療法人 成心会 ふじわら医院
〒745-0651 周南市大字大河内256-14
TEL 0833-91-7100 FAX 0833-91-7101