様式４　医療機関記入

病児保育　医師確認書

龍ケ崎済生会病院なでしこ保育園　あて

児童の状態が病児・病後児保育が可能であることを、かかりつけ医師にご確認いただきたく、以下の事柄について記載願います。

児 童 氏 名	生年月日（西暦）　　年　　月　　日（　男・女　）	
病名・状態	＜病名＞	＜状態＞ 01.発熱　07.その他 02.下痢　（　　） 03.嘔吐 04.喘鳴 05.咳嗽 06.発疹
食事	通常通り・やや少ない・少ない・ほとんど摂れず	
水分摂取	通常通り・やや少ない・少ない・ほとんど摂れず	
睡眠	通常通り・やや少ない・少ない・ほとんど取れず	
安静必要度 番号に○	01.隔離室で隔離（空気感染は受入不可） 02.室内安静 03.室内保育	
特記事項		
次回診療予定日	（西暦）　　年　　月　　日	

（西暦）　　年　　月　　日

医療機関
所在地
電話番号
医師名　　印