

病児・病後児保育事業の利用 (変更)に係る主治医意見書

発行日 年 月 日

日田市長 様

	所在地

	名称
医療機関
	担当医師名

	電話番号 ()

次のとおり、(病児 病後児) 保育事業の利用(変更)が適当であると認めます。

	(ふりがな)				
	児童氏名	生年月日	年	月	日生
今回の病気 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	年	月	日	～
		年	月	日	まで (日間)
	処方薬	有・無	次回診察予定日	年	月
その 他 の 特 記 事 項	症状の経過				
	現在の投薬処方				
	保育上の留意点	① ベットの上での安静が必要 ② 室内で安静(ベットでの生活が主。他の児童との静かな遊びは可能) ③ 室内で保育(他の児童と室内で遊んでもよい)			
	食事(昼食)について指示があれば記入をお願いします。				

※ 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。