

## 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)		生年月日	年    月    日生	
児童氏名				
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    日
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。