

病児・病後児保育室入室医師意見書(院内用)

病児・病後児保育おひさまルーム宛

令和 年 月 日

印西総合病院

科

医師名

印

病気(急性期・回復期)のある児童が印西総合病院おひさまルームの利用を申請するにあたり次のとおり診療情報を提供いたします。

※印は保護者記入

Form with fields for name, birth date, address, and guardian name. Includes a note about emergency cases.

これより下は医療機関で記入して下さい。病名・病状の番号に○をお願いします。

Table with columns for diseases (疾病等) and symptoms (症状). Lists various conditions like pneumonia, ear infections, and gastroenteritis.

Section for Covid-19 check with fields for date and test results.

<連絡事項>

Form for medical opinion (医師からの意見) covering aspects like behavior, diet, and medication.

この意見書の有効期限(令和 年 月 日)

※発行日を含めて7日間有効です。但し3日間症状が回復に向かわなければ再受診をお願いすることもあります。

保育中の急変時(頻回の嘔吐、下痢など)は、迎えを要請すると共に医師との連携で応急処置に努めます。

印西総合病院受診にておひさまルームを利用する方専用紙です。