病後児保育事業　医師連絡表

平成　　年　　月　　日

病後児保育事業の利用について、次の通り連絡します。

病名	(1)　　発病（推定年月日）平成　　年　　月　　日 (2)　　発病（推定年月日）平成　　年　　月　　日 (3)　　発病（推定年月日）平成　　年　　月　　日 ■感染症の場合の感染の恐れ（有・無）
投薬処方等 （その他留意事項）	
児童の状況	上記疾患の　　回復期等にあり　｝病後児保育事業の利用に支障がないと認める
医療機関	医療機関名 ---------- 住　　所 ---------- 電話番号 ---------- 担当医師名 ----------

※備考　回復期の範囲　・日常罹患の疾病、伝染性疾患⇒急性期を経過した以降

・慢性疾患　　⇒　慢性疾患が治まった以降

・外傷性疾患　⇒　症状が固定した以降