

横浜市立大学附属病院 病児・病後児保育室利用連絡書

横浜市立大学附属病院長

医療機関 所在地
 名称
 電話
 F A X
 担当医師 氏 名

印

横浜市立大学附属病院病児・病後児保育室の利用について、次のとおり連絡いたします。

患者氏名		性別	生年月日	平成 年 月 日生 (歳)
患者住所				
電話番号	()	保護者氏名		
疾患名*	病気の経過			
	* 病名不明の場合は症状名を記入して下さい			
診療形態	1 外来 2 往診 3 入院 (平成 年 月 日~平成 年 月 日)			
利用施設	病児保育室のみ ・ 病児保育室、病後児保育室どちらでも可 病児保育室・・・病氣中または病氣の回復期の児をお預かりします。 病後児保育室・・・病氣の回復期の児をお預かりします。			
保育上の留意点	1 室内安静 (ベットでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 2 室内保育 (他児と室内で普通に過ごしてよい)			