

病児保育事業利用連絡書

医療機関 所在地
名称
電話
FAX

担当医師 氏名
病児保育事業の利用について、次の通り連絡いたします。

印

【保護者記入欄】

患者氏名	様	性別()	生年月日
患者住所			
電話番号	()	保護者氏名	

【医師記入欄】

下記の病名・病状番号に○印をおつけください。	
01 感冒・感冒様症候群	11 膿痂疹 (病名不明のとき)
02 咽頭炎	12 突発性発疹症
03 扁桃炎	13 手足口病
04 気管支炎	14 伝染性紅斑(りんご病)
05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎
06 消化器不良症	16 麻疹
07 感冒性嘔吐症	17 水痘
08 自家中毒症	18 百日咳
09 中耳炎・外耳炎	19 風疹
10 結膜炎(流角結を含む)	20 その他()
	26 インフルエンザ
病状	1 急性期(発熱等) 2 回復期(解熱・微熱等)
安静度	1 ベッド上安静 2 隔離室で隔離 3 室内安静(ベッドでの生活が基本、他児との静かな遊びは可) 4 室内保育(他児と室内で普通に遊んで良い)
食事	ミルク ・ 離乳食 ・ 幼児食 絶食(飲水は可) ・ 普通食(普段と同じ食事で可) その他 ()
特記すべき既往歴	有 ・ 無 ・ 不明 ↓(該当するものに○) 熱性けいれん(回) ・ 喘息 ・ 食物アレルギー ・ その他()
	熱性けいれんが起きた場合(座薬を持参している場合に限り): 座薬使用後に痙攣が落ち着いた場合、その後の受診は必要ですか。 すぐに受診 ・ その日のうちに受診 ・ 受診不要
病状の経過	
その他の注意事項	※他の児童との接触の可否等、利用施設において注意する点があればご記入ください