

病児・病後児保育利用連絡書

年 月 日

(あて先)
施設長

医療機関名
医師署名 印

病児・病後児保育の利用について、下記のとおり連絡します。

児 童 名	男 ・ 女	
生 年 月 日	年 月 日	(歳)
住 所		
下記の病名・病状番号に○印をおつけください		
1 感冒・感冒様症候群	11 膿痂疹	<病名不明のとき> 20 発 熱 21 下 痢 22 嘔 吐 23 咳 嗽 24 喘 鳴 25 発 疹
2 咽頭炎	12 突発性発疹症	
3 扁桃腺炎	13 手足口症	
4 気管支炎	14 伝染性紅斑(りんご病)	
5 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎	
6 消化不良症	16 麻 疹	
7 感冒性嘔吐症	17 水 痘	
8 自家中毒症	18 百日咳	
9 中耳炎・外耳炎	19 風 疹	
10 結膜炎(流角結を含む)	26 その他()	
病 状 (○印)	1 急性期(発熱等)	2 回復期(下熱・微熱等)
安 静 度	1 ベット上安静	2 隔離室で隔離
○ 印	3 室内安静(ベットでの生活が主、他児との静かな遊びは可)	
○ 印	4 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)	
食 事 (昼食)	ミルク・牛乳のみ・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食	
○ 印	下痢食 アレルギー食(除去内容)	
入院の必要性	有 ・ 無	
処 方 内 容		
特 記 事 項		

※実施施設記入欄

登録番号 _____ 申込番号 _____