

病児保育 家庭医連絡票

なないろの里保育園病児保育室 施設長 宛

年 月 日

医療機関の所在位置及び名称

電話番号

担当医師氏名

印

下記の児童について、病児保育が可能であると認められますので連絡します。

氏名	男・女	年 月 日生 歳 月
住所	Tel	
病名 <small>※該当するものの番号に丸印をつけてください</small>	1 上気道炎 2 気管支炎・肺炎 3 喘息・喘息様 気管支炎 4 嘔吐下痢症 5 感染性胃腸炎 6 周期性嘔吐症（自家中毒症） 7 突発性発疹 8 手足口病 9 流行性耳下腺炎	10 麻疹 11 水痘 12 風疹 13 インフルエンザ（A型・B型） 14 溶連菌感染症 15 中耳炎 16 伝染性膿痂疹 17 その他（ ）
	〈病名不明の場合〉 18 発熱 19 下痢 20 嘔吐 21 咳嗽 22 喘鳴 23 発疹	
安静度 <small>※該当する番号に○印をつけてください</small>	1 ベッド上安静 2 隔離室で隔離 3 室内安静（ベッド上での生活が主、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よい）	
現在の処方内容		
吸入や軟膏処方		
保育上の留意点		

*家庭医連絡票の有効期限は、記入日を含んだ7日間です。