

病児・病後児保育家庭医連絡票

(各欄にもれなく記入もしくは○でかこんで下さい)

年 月 日

(あて先) なないろの里保育園 病児・病後児保育室 施設長宛

医療機関の所在地及び名称

電話番号

担当医師氏名

印

下記の児童について、病児・病後児保育が適当であると認められますので連絡いたします。

氏 名	男・女	年 月 日生(歳 カ月)
住 所	TEL	
病 名	1 急性上気道炎 2 気管支炎・肺炎 3 喘息・喘息性気管支炎 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 溶連菌感染症 11 水痘 12 中耳炎 13 膿痂疹 14 その他()
	〈病名不明のとき〉 15 発熱 16 下痢 17 嘔吐 18 咳嗽 19 喘鳴 20 発疹	
実施検査 内容・結果		
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)	
処方内容		
保育上の留意点 指示等		

*病児・病後児保育家庭医連絡票の有効期限は記入日を含んだ7日間です。