

病児保育事業利用連絡票

病児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

フリガナ 児童氏名	男女	生年月日	年 歳	月 箇所	日生
住所	電話				

病名・症状 (番号に○)	01 感冒・感冒様症候群	11 膿か疹
	02 咽頭炎	12 突発性発疹
	03 扁桃腺炎	13 手足口病
	04 気管支炎	14 りんご病(感染性紅斑)
	05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎
	06 消化不良症	16 麻疹(はしか)
	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(流角結炎を含む。)	20 その他()
	【病名不明のとき】	
	21 発熱	25 嘔吐
	22 咳嗽	26 発疹
発症年月日	年 月 日	発疹年月日
初発／再発	1 初発 2 再発(初発 年 月 日)	
症 状		
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。)	
食 事 (昼 食)	ミルク・牛乳のみ・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食・学童食 下痢食 アレルギー食 (除去内容:)	
投薬等処方		
指 示 事 項	次回診察予定日 年 月 日	

年 月 日

施設長 様

医療機関名
所在地
電話番号
医師名

上記の児童について、集団保育は困難であると認める。