

②病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) ふたばすまいるキッズ 施設長

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 |
|-------------------|--|--------------|
| 住 所 | TEL | |
| 病 名 | 1 急性上気道炎 | 10 麻疹 |
| | 2 気管支炎・肺炎 | 11 水痘 |
| | 3 喘息・喘息性気管支炎 | 12 風しん |
| | 4 嘔吐下痢症 | 13 インフルエンザ |
| | 5 感染性胃腸炎 | 14 溶連菌感染症 |
| | 6 周期性嘔吐症 (自家中毒症) | 15 中耳炎 |
| | 7 突発性発疹症 | 16 膿痂疹 |
| | 8 手足口病 | 17 その他 () |
| | 9 流行性耳下腺炎 | |
| | (病名不明のとき) | |
| 18 発熱 | 19 下痢 | 20 嘔吐 |
| 21 咳嗽 | 22 喘鳴 | 23 発疹 |
| 病 状 | 1 急性期 (発熱等) 2 回復期 (下熱・微熱等) | |
| 安 静 度 | 1 ベッド上安静 2 他児との接触をせず部屋を分けて保育する 3 室内安静 (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・離乳食 (前期・中期・後期) ・普通食 | |
| | 下痢食 アレルギー食 (除去内容) | |
| 処方内容 指 示 等 | | |