

②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) 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
住 所	TEL	
病 名	1 急性上気道炎	1 0 麻疹
	2 気管支炎・肺炎	1 1 水痘
	3 喘息・喘息性気管支炎	1 2 風しん
	4 嘔吐下痢症	1 3 インフルエンザ
	5 感染性胃腸炎	1 4 溶連菌感染症
	6 周期性嘔吐症 (自家中毒症)	1 5 中耳炎
	7 突発性発疹症	1 6 膿痂疹
	8 手足口病	1 7 その他 ()
	9 流行性耳下腺炎	
	(病名不明のとき)	
1 8 発熱	1 9 下痢	2 0 嘔吐
2 1 咳嗽	2 2 喘鳴	2 3 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 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	
	下痢食 アレルギー食 (除去内容)	
処方内容		
指 示 等	次回診察予定日 月 日 ()	

※実施施設使用欄	利用料区分	利用日数	日
----------	-------	------	---