

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		