

病後児保育事業現症連絡票(医師記載用)

築上町長 殿

病後児保育事業の利用について、急性期を過ぎているが安静を必要としますので、下記の通り連絡します。

児童氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日生
------	--	----	-----	------	--------

病名・症状 番号に○をつけて下さい	01 感冒・感冒様症候群 02 咽頭炎 03 扁桃腺炎 04 気管支炎 05 喘息・喘息性気管支炎 06 消化不良 07 感冒性嘔吐症 08 自家中毒症 09 中耳炎・外耳炎 10 結膜炎(流角結を含む)	11 膿痂疹 12 突発性発疹 13 手足口病 14 伝染性紅斑(りんご病) 15 流行性耳下腺炎 16 麻疹 17 水痘 18 百日咳 19 風疹 26 その他()	<病名不明のとき> 20 発熱 21 下痢 22 嘔吐 23 咳嗽 24 喘鳴 25 発疹
安静度 番号に○をつけて下さい	1 ベッド上安静 2 隔離室での隔離 3 室内安静(ベッドでの生活が主、他児と静かな遊びは可) 4 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)		
飲食 ○をつけて下さい	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:		
現在の 投薬処方	(薬名・服用方法等)		
指示事項			
備考 番号に○をつけて下さい	翌日も病後児保育が 1 必要 2 保育所に復帰		

令和 年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

電話番号

印