

様式第1号（第6条関係）

病後児保育実施連絡票

年 月 日

古川くりの木保育園園長 様

医療機関の所在地及び名称

電話番号

担当医師氏名 _____

下記の児童について、病後児保育の実施が適当であると認められますので連絡いたします。

記

児 童 名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 () 歳
住 所	宮城県大崎市		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 風疹	
	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 咳壙歌嗽	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 ベット上安静	2 隔離室隔離	
	3 病後室内安静（ベット等での生活が主，他児との静かな遊びは可）		
	4 病後室内等保育（他児と室内で普通に遊んでよい）		
食 事 (昼間)	下痢食 アレルギー食の 有 無 (除去内容)		
処方内容 指示等			
	次回診察予定日 年 月 日 ()		