

加美町病児・病後児保育施設利用連絡票

(保護者記入欄)

ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 年 月 日生(歳 か月)
(〒 -) 住所		電話番号 ()

病児・病後児保育施設の利用について、次のとおりお知らせします。(医療機関記入欄)

病名・症状	1 感冒・感冒様症候群	11 溶連菌感染症
	2 気管支炎	12 中耳炎
	3 喘息・喘息性気管支炎	13 膿痂疹
	4 消化不良症	14 骨折
	5 嘔吐下痢症	15 熱傷
	6 感染性胃腸炎	16 その他
	7 突発性発疹	()
	8 手足口病	
	9 りんご病(伝染性紅斑)	
	10 インフルエンザ	
	(病名不明)	
	21 発熱	22 下痢
	23 嘔吐	24 咳嗽
	25 喘鳴	26 発疹
	1 急性期(発熱等)	2 回復期(下熱・微熱等)
病児・病後児保育施設利用見込期間	月 日から 日程度(1回につき原則7日限度)	
安 静 度	1 室内隔離(他児と別室で過ごす必要あり) 2 室内安静(室内で静かな遊びは可) 3 室内保育(室内で普段通り遊んで良い)	
食 事 (昼 食)	1 普通食 2 下痢食 3 アレルギー食(除去内容)	
処 方 内 容 (指 示 等)		
次回診察予定日	年 月 日()	
※病児・病後児保育施設利用(可 ・ 否) (条件等:)		
年 月 日		
医療機関名		
医 師 名		

※医療機関の方へ 連絡票の記入は、医療保険上の「B009 診療情報提供料(I)」で対応願います。