

# 病児・病後児保育連絡書

保護者記入欄 \*太枠の所のみご記入ください。

患者 (対象児)	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	平成 令和	年 月 日 ( 才 ヶ月)
	住所	(Tel: - - )			
保育室利用希望期間		令和 年 月 日 から 月 日まで ( 日)			

主治医記入欄 ※なお、本診断書での病児保育継続利用は最長7日間までとする。

病名 ※番号に ○印を おつけください。	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 消化不良症 07 感冒性嘔吐症 08 自家中毒症 09 中耳炎・外耳炎 10 結膜炎 (流行性角結膜炎を除く)	11 突発性発疹症 12 手足口病 13 伝染性紅斑(りんご病) 14 水痘 15 流行性耳下腺炎 16 風疹 17 インフルエンザ 18 溶連菌感染症 19 伝染性膿痂疹(とびひ) 20 咽頭結膜炎(プール熱) 21 RSウイルス感染症 22 その他 ( )	症状 ※病名不明の場合は該当症 状に○印をおつけください。
	01 発熱 02 下痢 03 嘔吐 04 咳嗽 05 喘鳴 06 発疹 07 その他 ( )		
感染の 有無	他児への感染の可能性 【 有* / 無 】 *有の場合、隔離の必要性 【 要 ・ 不要 ・ 可能であれば 】		
安静度	1. ベッド上安静 2. 室内安静 ( ベッドの生活が主 ・ 静かな遊び可 ) 3. 室内保育 ( 室内で普通に遊んでよい )		
食事摂取上の 留意点・注意点	①ミルク ②普通食 ③離乳食 ( 初期 ・ 中期 ・ 後期 ) ④下痢食 ( 軽症 ・ 中等度 ) ⑤アレルギー食 ( 除去内容: ) 留意点など ( )		
病状経過及び 医師の指示事項			
処方内容	<input type="checkbox"/> おくすりノート参照 <input type="checkbox"/> 別記: 詳細【 】		
病児・病後児保育室利用について上記のとおり連絡します。			
令和 年 月 日		医療機関名 所在地 電話番号 医師名	(印)