

決 裁 欄	園 長	副園長	主 任	看 護 師

病後児保育実施連絡票

令和 年 月 日

(あて先) 石巻市長(病後児保育実施施設長)

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、回復期における病後児保育の実施が適当であると認めます。

記

児童名	(男・女)	生年月日	年	月	日()歳
住 所				電 話	
病 名 (該当する 病名に○印 をつけてく だ さい)	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 外傷性疾患()		
	9 流行性耳下腺炎		18 その他()		
	<病名不明のとき>				
	19 発熱	20 下痢	21 嘔吐		
	22 咳嗽	23 喘鳴	24 発疹		
安静度	1 制限なし				
	2 病後児室内等保育(他児と室内で普通に遊んでよい)				
	3 病後児室内安静(ベッド等での生活が主、他児との静かな遊びは可)				
	4 隔離室隔離		5 ベッド上安静		
食 事 (昼食)	1 普通食		2 下痢食		
	アレルギー(有・無)(除去内容:)				
処方内容 指示等					
			次回診察予定日	年	月 日()

○太枠内は保護者が記入してください。

※医療機関の方へ

病後児保育実施連絡票の記入は、医療保険上の「B009診療情報提供料(I)」で対応願います。