

決 裁 欄	理事長	室長	看護師	保育士

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)殿

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、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 をつけて下 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	
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。