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）

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	
食　事 （昼食）	1　普通食　　2　下痢食	
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。