

加東市病児病後児保育施設利用連絡票

記入日 年 月 日

加東市長 様

医療機関所在地

名称

電話

担当医師氏名

診断の結果、次により、現時点での加東市病児病後児保育施設の利用が可能です。

1 病気の回復期に至っていないが、当面症状の急変は認められない状態

2 病気の回復期にあり、医療機関における入院治療を要しないが、集団保育が困難な状態  
よって、症状について、次のとおり連絡いたします。

児 童 氏 名	(男・女)		年 月 日生( )歳
児 童 住 所			
病 名	1 急性上気道炎	10 麻疹	
	2 気管支炎・肺炎	11 風疹	
	3 喘息・喘息性気管支炎	12 水痘	
	4 嘔吐下痢症	13 インフルエンザ	
	5 感染性胃腸炎（ロタ・ノロ）	14 流行性耳下腺炎	
	6 周期性嘔吐症（自家中毒症）	15 咽頭結膜熱	
	7 突発性発疹症	16 百日咳	
	8 手足口病	17 結核	
	9 伝染性膿痂疹	18 溶連菌感染症	
	19 その他（病名： ）		
病 期	（病状： 1 急性期（発熱等） 2 回復期（微熱等） ）		
症 状			
既 往 歴			
症状経過及び治療			
現在の処方			
保育上の留意点	1 病児室（安静室）で隔離		
	2 ベッド上安静		
	3 室内安静（ベッド上での生活が主、他児との静かな遊びは可）		
	4 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）		