

広陵町病後児保育事業利用医師連絡票

当該児童が、病後児保育を利用する場合、下記疾病の回復期の条件を記します。

(保護者記載)

ふりがな 児童氏名		生年月日	20 年 月 日生 (歳 カ月)
保護者氏名		住 所	広陵町

(医師記載) 下記の病名・病状番号に○印をおつけください。

01 感冒・感冒様症候群	11 膿痂疹	(病名不明のとき) 20 発 熱 21 下 痢 22 嘔 吐 23 咳 嗽 24 喘 鳴 25 発 疹
02 咽頭炎	12 突発性発疹症	
03 扁桃腺炎	13 手足口病	
04 気管支炎	14 伝染性紅斑(りんご病)	
05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎	
06 消化不良症	16 麻疹	
07 感冒性嘔吐症	17 水痘	
08 自家中毒症	18 百日咳	
09 中耳炎・外耳炎	19 風疹	
10 結膜炎(流角結含む)	26 その他()	
熱性けいれんの既往歴(○印)		1 あり 2 なし
安 静 度 (○印)	1 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい) 2 室内安静(ベッドで生活が主、他児との静かな遊びは可) 3 他児との同室での利用は不可(理由:) 4 その他(理由:)	
食 事 (○印)	1 ミルク・牛乳のみ 2 幼児食 3 下痢食 4 離乳食およびアレルギー食(お弁当・おやつ持参)	
処方内容と 病後児保育 利用条件		
病後児保育 利用予定期間	20 年 月 日()から 月 日()までの予定	

診断日 20 年 月 日

医療機関名

主治医名

印

※急性期のお子さんは、病後児保育室の利用はできません。

(馬見労務保育園)

広陵町病後児保育事業利用医師連絡票

当該児童が、病後児保育を利用する場合、下記疾病の回復期の条件を記します。

(保護者記載)

ふりがな 児童氏名		生年月日	20 年 月 日生 (歳 カ月)
保護者氏名		住 所	広陵町

(医師記載) 下記の病名・病状番号に○印をおつけください。

01 感冒・感冒様症候群	11 膿痂疹	(病名不明のとき) 20 発 熱 21 下 痢 22 嘔 吐 23 咳 嗽 24 喘 鳴 25 発 疹
02 咽頭炎	12 突発性発疹症	
03 扁桃腺炎	13 手足口病	
04 気管支炎	14 伝染性紅斑(りんご病)	
05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎	
06 消化不良症	16 麻疹	
07 感冒性嘔吐症	17 水痘	
08 自家中毒症	18 百日咳	
09 中耳炎・外耳炎	19 風疹	
10 結膜炎(流角結含む)	26 その他()	
熱性けいれんの既往歴(○印)		1 あり 2 なし
安 静 度 (○印)	1 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい) 2 室内安静(ベッドで生活が主、他児との静かな遊びは可) 3 他児との同室での利用は不可(理由:) 4 その他(理由:)	
食 事 (○印)	1 ミルク・牛乳のみ 2 幼児食 3 下痢食 4 離乳食およびアレルギー食(お弁当・おやつ持参)	
処方内容と 病後児保育 利用条件		
病後児保育 利用予定期間	20 年 月 日()から 月 日()までの予定	

診断日 20 年 月 日

医療機関名

主治医名

印

※急性期のお子さんは、病後児保育室の利用はできません。

(馬見労務保育園)