

病児 ・ 病後児保育 家庭医連絡票

株式会社 Lateral Kids

もりのなかま病児・病後児保育室 施設長 宛

年 月 日

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、病児・病後児保育が可能であると認められますので連絡します。

氏 名	男・女	年 月 日生	歳 か月
住 所	TEL		
病 名 ※該当するもの の番号に○を つけて下さい	1 急性上気道炎 2 気管支炎・肺炎 3 喘息・喘息性気管支炎 4 嘔吐下痢症 5 感染性胃腸炎 6 周期性嘔吐症（自家中毒症） 7 突発性発疹症 8 手足口病 9 流行性耳下腺炎	10 麻疹 11 水痘 12 風しん 13 インフルエンザ（A型 ・ B型） 14 溶連菌感染症 15 中耳炎 16 膿痂疹 17 その他（ ）	
	〈病名不明の場合〉 18 発熱 19 下痢 20 嘔吐 21 咳嗽 22 喘鳴 23 発疹		
安 静 度 ※該当する番号に ○をつけて下さい	1 ベッド上安静 2 隔離室で隔離 3 室内安静（ベッドでの生活が主、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）		
現在の 処方内容			
吸入や 軟膏処置			
保育上の 留意点			