

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 <small>※該当するもの の番号に○を つけて下さい</small>	1 急性上気道炎	1 0 麻しん		
	2 気管支炎・肺炎	1 1 水痘		
	3 喘息・喘息性気管支炎	1 2 風しん		
	4 嘔吐下痢症	1 3 インフルエンザ (A型・B型)		
	5 感染性胃腸炎	1 4 溶連菌感染症		
	6 周期性嘔吐症 (自家中毒症)	1 5 中耳炎		
	7 突発性発疹症	1 6 膿痂疹		
	8 手足口病	1 7 その他 ()		
	9 流行性耳下腺炎			
	(病名不明の場合)			
	1 8 発熱	1 9 下痢	2 0 嘔吐	
	2 1 咳嗽	2 2 喘鳴	2 3 発疹	
安 静 度 <small>※該当する番号に ○をつけて下さい</small>	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				

(※有効期限は作成日含め7日間)