

# 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 水痘		
	2 気管支炎・肺炎	1 1 風しん		
	3 喘息・喘息性気管支炎	1 2 インフルエンザ（A型・B型）		
	4 嘔吐下痢症	1 3 溶連菌感染症		
	5 感染性胃腸炎	1 4 中耳炎		
	6 周期性嘔吐症（自家中毒症）	1 5 膿痂疹		
	7 突発性発疹症	1 6 その他（                      ）		
	8 手足口病			
	9 流行性耳下腺炎			
	(病名不明の場合)			
	1 7 発熱	1 8 下痢	1 9 嘔吐	
	2 0 咳嗽	2 1 喘鳴	2 2 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）