

病児・病後児保育家庭医連絡票

(各欄にもれなく記入もしくは○でかこんで下さい)

年 月 日

(あて先) いぶき保育園宮城野 いぶきキッズケアセンター (病児・病後児保育実施施設長)

医療機関の所在地及び名称
電話番号
担当医師氏名

印

下記の児童について、病児・病後児保育が適当であると認められますので連絡いたします。

氏 名	男・女	年 月 日生 () 歳
住 所	Tel	
病 名	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 14 溶連菌感染症 15 中耳炎 16 膿痂疹 17 その他 ()
	〈病名不明のとき〉 18 発熱 19 下痢 20 嘔吐 21 咳嗽 22 喘鳴 23 発疹	
病 状	1 急性期 (発熱等) 2 回復期 (下熱・微熱等)	
安 静 度	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)	
食 事 (昼 食)	ミルク・牛乳のみ・離乳食 (前期・中期・後期) ・幼児食	
	下痢食 アレルギー食 (除去内容)	
処方内容 指 示 等	次回診察予定日 月 日 ()	

※医療機関の方へ 家庭医連絡票の記入は、医療保険上の「B009診療情報提供料(I)」で対応願います。

※実施施設使用欄	利用料区分	利用日数	日
----------	-------	------	---

