

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) 仙台市長 (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	10 麻疹
	2 気管支炎・肺炎	11 水痘
	3 喘息・喘息性気管支炎	12 風しん
	4 嘔吐下痢症	13 インフルエンザ
	5 感染性胃腸炎	14 溶連菌感染症
	6 周期性嘔吐症 (自家中毒症)	15 中耳炎
	7 突発性発疹症	16 膿痂疹
	8 手足口病	17 流行性結膜炎
	9 流行性耳下腺炎	18 その他 ()
	(病名不明のとき)	
19 発熱	20 下痢	21 嘔吐
22 咳嗽	23 喘鳴	24 発疹
実施検査 内容・結果		
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・普通食	
	下痢食 アレルギー食 (除去内容)	
処方内容 指 示 等		

※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
----------	-------	------	---