

様式第3号（第8条関係）

病児保育家庭医連絡票

年 月 日

事業実施者 殿

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、病児保育が適当であると認められるので、診療情報を提供いたします。

氏名	男・女	年 月 日 () 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 風疹
	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 その他
	9 流行性耳下腺炎	()
	(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 ・ 離乳食(初期・中期・後期・完了期) 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)		
	次回診察予定日 月 日 ()	