

病児保育利用連絡書

年 月 日

施設長様

医療機関名  
医師署名

印

病児保育の利用について、下記のとおり連絡します。

児 童 名	男 ・ 女	
生 年 月 日	年 月 日 ( 歳 )	
住 所		
下記の病名・病状番号に○印を付けてください。		
01 感冒・感冒様症候群 02 咽頭炎 03 扁桃腺炎 04 気管支炎 05 喘息・喘息性気管支炎 06 流行性嘔吐下痢症 07 自家中毒症 08 中耳炎・外耳炎 09 膿痂疹 10 突発性発疹症	11 手足口症 12 伝染性紅斑(りんご病) 13 流行性耳下腺炎 14 水痘(発疹が痂皮化) 15 百日咳 16 溶連菌感染症 17 アデノウイルス感染症 18 RSウイルス感染症 19 マイコプラズマ感染症 20 インフルエンザ(A/B)	21 ヘルパンギーナ
※受入不可病名	麻疹 風疹 流行性角結膜炎 その他上記病名 17.19.20 解熱後 24時間経過していない場合	
経過		
病状 (○印)	1 急性期(発熱等)	2 回復期(下熱・微熱等)
安 静 度 ○印	1 ベット上安静 2 隔離室で隔離 3 室内安静(ベットでの生活が主、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) ○印	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 )	
入院の必要性	有 ・ 無	
処方内容		
特記事項		

※実施施設記入欄  
登録番号 \_\_\_\_\_