

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、下記の通り連絡します。

児 童 名	男 ・ 女
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
住 所	

①【受け入れ不可病名・状態】下記に該当する場合はお預かりできません。

<p>■ 発熱後24時間以内</p> <p>■ 下記病名13.18*.20.21の解熱後24時間以内 (※ 18.咽頭結膜熱については眼の充血がないこと)</p> <p>■ 麻疹 ■ 流行性角結膜炎 ■ 風疹 ■ 頻嘔吐</p>

②下記の病名・症状番号に○印をつけてください。

01 感冒・感冒症候群	12 伝染性紅斑(りんご病)	22 ヘルパンギーナ
02 咽頭炎	13 流行性耳下腺炎	23 その他
03 扁桃腺炎	14 水痘(発疹が痂皮化)	〔 〕
04 気管支炎	15 百日咳	
05 喘息・喘息性気管支炎	16 溶連菌感染症	
06 流行性嘔吐下痢症	17 アデノウイルス咽頭炎	
07 自家中毒症	18 咽頭結膜熱(プール熱)	
08 中耳炎・外耳炎	19 RSウイルス感染症	
09 膿痂疹	20 マイコプラズマ感染症	
10 突発性発疹症	21 インフルエンザ(A/B)	
11 手足口病	(抗インフルエンザ薬投与中)	
検査結果 検査した項目に☑	<input type="checkbox"/> インフルエンザA (+)・(-) <input type="checkbox"/> アデノウイルス (+)・(-) <input type="checkbox"/> インフルエンザB (+)・(-) <input type="checkbox"/> RSV (+)・(-) <input type="checkbox"/> 溶連菌 (+)・(-) <input type="checkbox"/> hMPV (+)・(-)	
経過		
症状※○印	1. 急性期(発熱等) 2. 回復期(解熱・微熱等)	
安静度 ※○印	1. 隔離室で隔離 2. 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 3. 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)	
処方内容		
特記事項		

※実施施設記入欄

登録番号