

病児・病後児保育連絡票

記入日 年 月 日

宍 粟 市 長 様

医療機関所在地

名 称

電 話

担当医師氏名

㊦

診断の結果、宍粟市病児・病後児保育施設の利用にあたり、症状について、次のとおり連絡します。

- 病気の回復期に至っていないが、当面症状の急変の可能性が低い状態
- 病気の回復期にあり、医療機関における治療を要しないが、集団保育が困難な状態

児童氏名		性別		生年月日	年 月 日 (歳 月)
住 所					
病 名	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎	<input type="checkbox"/> 突発性発疹症	<input type="checkbox"/> インフルエンザ (A ・ B)		
	<input type="checkbox"/> 気管支炎・肺炎	<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎		
病 名	<input type="checkbox"/> 喘息・喘息性気管支炎	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱		
	<input type="checkbox"/> 嘔吐下痢症	<input type="checkbox"/> 麻疹	<input type="checkbox"/> 百日咳		
病 名	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 (ロタ・ノロ)	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症		
	<input type="checkbox"/> 周期性嘔吐症 (自家中毒症)	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう			
病 名	<input type="checkbox"/> その他 (病名 :)				
保育上の留意点	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> ベッド上での生活が主、静かな遊びは可 <input type="checkbox"/> 室内で普通に遊んでよい				
配慮を要する事項					

※ には✓を記入してください。

※ 太枠内（児童氏名や住所等）は保護者の方で記入し医療機関に提出してください。