

③病児保育家庭医連絡票

令和 年 月 日

病児保育室つくし 苑

医療機関の所在地及び名称

所在地

電話番号

名称

担当医師名

印

下記園児について、病児保育が適当であると認められるので連絡致します。

氏 名	(男・女)	年 月 日生 (歳)
住 所		
病 名	1. 急性上気道炎 2. 気管支炎・肺炎 3. 喘息・喘息性気管支炎 4. 嘔吐下痢証 5. 感染症胃腸炎 6. 周期性嘔吐症 7. 突発性発疹 8. 手足口病 9. 流行性耳下膜炎	10. 溶連菌感染症 11. 水痘 12. 中耳炎 13. 膿痂疹 14. その他 ()
	〈病名不明のとき〉 15. 発熱 16. 下痢 17. 嘔吐 18. 咳嗽 19. 喘嗽 20. 発疹	
実施検査 内容・結果		
安 静 度	1. ベッド上安静 2. 隔離室で隔離 3. 室内保育 (他児と室内で普通に遊んで良い) 4. 室内安静 (ベッドでの生活が主、田路との静かな遊びは可)	
処方内容		
保 育 上 の 留意点等		

*病児保育家庭医連絡票の有効期限は記入日を含んだ7日間です。