病児保育　家庭医連絡票

みらい 株式会社
　つくし保育園・病児保育室　　施設長　宛

令和　　年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

電話番号　　（　　）
担当医師氏名　　㊞

下記の児童について、**病児保育が可能である** と認められますので連絡します。

氏名	男・女	年　月　日生　歳　か月
住所 TEL	〒 TEL　　（　　）	
利用期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日（　）日間	
病名 ※該当する番号に○をつけて下さい	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 嘔吐下痢症 5 感染性胃腸炎 6 周期性嘔吐症（自家中毒症） 7 突発性発疹症 8 手足口病 9 流行性耳下腺炎	10 麻しん 11 水痘 12 風しん 13 インフルエンザ（ A型 ・ B型 ） 14 溶連菌感染症 15 中耳炎 16 膿痂疹 17 その他（　　）
	〈病名不明の場合〉 18 発熱　19 下痢　20 嘔吐 21 咳嗽　22 喘鳴　23 発疹	
安静度 ※該当する番号に○をつけて下さい	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もよい）	
現在の処方内容		
吸入や軟膏処理		
保育上の留意点		