

第1号様式の2 (第6条関係)

病児・病後児保育事業利用連絡票

病児・病後児保育事業の利用について、下記のとおりお知らせします。

(ふりがな) 児童氏名		男 女	生年月日 年 月 日	歳 か月
住 所	(日昼連絡先) ー			
利用希望施設 (○をす)	1 おおはらこどもクリニック 病児・病後児保育室 2 常磐病院 病児・病後児保育室 3 須田医院 病児・病後児保育室 4 洋向台クリニック 病児・病後児保育室			
病名・症状 ※番号に○ をつけて下 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 消化不良症 07 感冒性嘔吐症 08 自家中毒症 09 中耳炎・外耳炎 10 結膜炎	11 膿か疹 12 突発性発疹 13 手足口病 14 りんご病 (伝染性紅斑) 15 流行性耳下腺炎 16 麻疹 17 水痘 18 百日咳 19 風疹 20 その他 ()	(病名不明) 21 発熱 22 下痢 23 嘔吐 24 咳嗽 25 喘鳴 26 発疹	
症 状	発熱 ・ 解熱 ・ 微熱 ・ その他 ()			
安静度	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よい)			
食 事	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)			
指示事項 (投薬等)				
※ 病児・病後児保育施設利用 (可 ・ 否) です。 (条件等:) 年 月 日 医療機関名 医 師 名				

※太線内は保護者の方が御記入ください。