様式第３号（第６条関係）

病児・病後児保育家庭医連絡票

年　　月　　日

利府町長　　殿

所 在 地
名　　称
電話番号
担当医師氏名　　印

次の児童について、病児・病後児保育が適当と認められますので連絡いたします。

氏　　名	男・女	年　　月　　日生（　　）歳
住　　所	利府町	TEL
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 １４　溶連菌感染症 １５　中耳炎 １６　膿痂疹 １７　その他（　　）
	（病名不明のとき） １８　発熱　　１９　下痢　　２０　嘔吐 ２１　咳嗽　　２２　喘鳴　　２３　発疹	
病　　状	１　急性期（発熱等）　　２　回復期（下熱・微熱） ※　「1急性期」の場合は、病後児保育のみの実施施設では保育できません。 保育可能な施設の確認は、利府町子ども支援課（022-767-2193）にお問い合わせください。	
安 静 度	１ベッド上安静　　２隔離室で隔離 ３室内安静（ベットでの生活が主、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 （昼食）	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 指示等	次回診療予定　　月　　日（　）	

※　医療機関の方へ

家庭医連絡票の記入は、医療保険上の「Ｂ００９診療情報提供料（Ｉ）」で対応願います。

※　実施施設使用欄	利用日数　　日