

病児・病後児保育家庭医連絡票

年 月 日

大衡村長 宛

医療機関の所在地及び名称

電話番号

担当医師名



下記児童について、病後児保育が適当である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	TEL	
病 名	1 急性上気道炎	10 麻しん
	2 気管支炎・肺炎	11 水痘
	3 喘息・喘息性気管支炎	12 風しん
	4 嘔吐下痢症	13 インフルエンザ
	5 感染性胃腸炎	14 溶連菌感染症
	6 周期性嘔吐症(自家中毒症)	15 中耳炎
	7 突発性発疹症	16 膿痂疹
	8 手足口病	17 その他()
	9 流行性耳下腺炎	
	<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・微熱等)
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(多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		
	次回診察予定日 月 日()	

※医療機関の方へ

この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。