

医師連絡表(病後児保育)

(羽曳野市病後児保育事業)

ふりがな	男 ・ 女	
児 童 名	年 月 日生	
病 名 (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. 気管支喘息・喘息性気管支炎 06. 消化不良症(多症候性下痢) 07. 感冒性嘔吐症 08. 自家中毒症 09. 中耳炎・外耳炎 10. 伝染性膿痂疹(とびひ)	11. 突発性発疹 12. 手足口病 13. 伝染性紅班(りんご病) 14. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 15. 麻疹(はしか) 16. 百日咳 17. 風疹 18. 水痘(みずぼうそう) 19. その他 ()
隔離の要否	要 ・ 不 要	
安静度 (○印)	1. ベッド上安静 2. 室内安静 (ベットでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 3. 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)	
食事 (○印)	① ミルク ③ 離乳食 (初期 ・ 中期 ・ 後期) ② 普通食 ④ 下痢食 (軽度 ・ 中等度) 指示事項 <除去食> 卵 ・ 牛乳 ・ 大豆 ・ その他() * アレルギー制限が必要な児童は上記の記載もお願いします	
医師の指示事項	病後児保育 可 ・ 不可 ・ その他 () (○印)	
与薬について	病後児保育室での与薬 (有 ・ 無) 処方 :	
年 月 日		
病後児保育施設長 様 病後児保育の利用について、上記の点について連絡します。 医療機関住所 医療機関名 医師名 (印)		