

病児・病後児保育家庭医連絡票

社会福祉法人 すくすくどろんこの会

病児保育施設フォレストルーム 宛

令和 年 月 日

病児保育施設フォレストルームでは、市の補助事業として病児保育を行っています。

お手数ですが、下記の様式に診断名、病児保育での留意点、利用可能日の記入をお願いいたします。

<保護者記入>

児童氏名	(男 ・ 女)
生年月日	年 月 日 (歳 カ月)
住所	
電話番号	

<医師記入>

疾病等			症状
1. 急性上気道炎	8. 中耳炎・外耳炎	14. 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 発熱
2. 咽頭炎・扁桃炎	9. RSウイルス感染症	15. ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> 下痢
3. 気管支炎	10. アデノウイルス感染症	16. 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 嘔吐
4. 気管支喘息	11. 帯状疱疹	17. 手足口病	<input type="checkbox"/> 咳嗽
5. 喘息性気管支炎	12. インフルエンザ	18. 膿痂疹(とびひ)	<input type="checkbox"/> 喘鳴
6. 肺炎	(解熱後学童は2日、 乳幼児は3日経過した後)	19. 外傷	<input type="checkbox"/> 発疹
7. マイコプラズマ感染症	13. 胃腸炎	20. その他	<input type="checkbox"/> その他
	()	()	()

<医師記入>

安静度	<input type="checkbox"/> 一般(他児と同室で良い) <input type="checkbox"/> 個室で隔離 <input type="checkbox"/> 完全ベッド・布団上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静(ベッド・布団上が主、静かな遊びが可) <input type="checkbox"/> 室内保育(室内で普通に遊んで良い)
食事	<input type="checkbox"/> 調乳ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食(初期・中期・後期・完了期) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 水分指示() <input type="checkbox"/> その他の指示()
投薬など	<input type="checkbox"/> 朝(自宅) <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 夜(自宅) <input type="checkbox"/> 飲み物(粉・水薬) <input type="checkbox"/> 貼り薬 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> ダイアップ(°C以上) <input type="checkbox"/> 吸引・吸入薬 <input type="checkbox"/> その他()

この意見書の有効期限(令和 年 月 日)

※発行日を含めて7日間有効です。但し、3日間症状が回復に向かわなければ再診をお願いすることもあります。

令和 年 月 日

病児保育が可能であると認められるので、連絡します。

医療機関の所在地及び名称

電話番号

担当医師名

印