

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＞診断名 ※疾病・症状ともに記載願います

疾病等		症状	
1. 急性上気道炎	9. RSウイルス感染症	17. 腫瘍疹（とびひ）	<input type="checkbox"/> 発熱
2. 咽頭炎・扁桃炎	10. アデノウイルス感染症	18. 外傷	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐
3. 気管支炎	11. 水痘・帯状疱疹	19. その他	<input type="checkbox"/> 咳嗽、喘鳴
4. 哮息発作	12. 胃腸炎・腸炎	()	<input type="checkbox"/> 発疹
5. 肺炎	13. 溶連菌感染症		<input type="checkbox"/> 鼻詰まり、鼻汁
6. マイコプラズマ感染症	14. ヘルパンギーナ		<input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> 眼脂
7. ヒトメタニューモウイルス	15. 突発性発疹		<input type="checkbox"/> その他
8. 中耳炎・外耳炎	16. 手足口病		()

＜医師記入＞留意点

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"/> 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・離乳食	
	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 水分指示（ ）
	<input type="checkbox"/> 胃腸炎食・腸炎食	<input type="checkbox"/> その他の指示
投薬など	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼（ <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後） <input type="checkbox"/> 夜	
	<input type="checkbox"/> 内服薬（粉・シロップ・錠剤）	<input type="checkbox"/> 貼り薬 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 点眼
	<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（ ）

病児保育が可能であると認められるので、連絡します。

令和 年 月 日

医療機関の所在地及び名称

電話番号

担当医師名

印

※発行日を含めて7日間有効ですが、3日間症状の改善がない場合は、再診をお願いすることもあります。