

医療機関記入

令和 年 月 日

ひがしまち保育園 園長様

## 病後児保育連絡票

医療機関 住 所  
名 称  
電話番号  
医 師 名 (印)

病後児保育事業の利用にあたり必要な情報について下記のとおり提供します。

| 児童氏名     | 生年月日   | 年 月 日 生 |
|----------|--|---------|
| 病名・症状    | 病名及び症状（病名をご記入いただくか又は下記病名に○を付けてください）  |         |
|          | 1.インフルエンザ 2.感染性胃腸炎 3.水ぼうそう（水痘） 4.手足口病<br>5.突発性発疹<br>※病中の場合は、病後児保育はご利用できません。            |         |
| 病状       | ＜病名不明のとき＞<br>6 発 熱<br>7 下 痢<br>8 嘔 吐<br>9 咳 嗽<br>10 喘 鳴<br>11 発 疹                      |         |
| 安 静 度    | 1. 隔離室で隔離<br>2. ベッド上安静<br>3. 室内安静（ベッド上での生活が主、他児童との静かな遊びは可）<br>4. 室内保育（他児童と室内で普通に遊んでよい） |         |
| 食事に関する指示 | 1. なし<br>2. あり（ ）  |         |
| 処方内容     | 服 薬：有・無<br>与薬時間：食前・食間・食後・その他（ ）<br>薬 品 名：<br>用 量・用 法：                                  |         |
| 備 考      |  |         |

※病後児保育の目安はありますが、先生（担当医師）の判断でご記入をお願いします。