

様式第3(第7条関係)

医 師 連 絡 票

高 浜 市 長 殿

病後児保育事業の利用について、下記の点について連絡します。

年 月 日

お子さんの名前	様	医師名	
下記の病名・病状番号に○印をおつけください。			
01 感冒・感冒様症候群	11 膿痂症	<病名不明のとき> 20 発熱 21 下痢 22 嘔吐 23 咳嗽 24 喘鳴 25 発疹	
02 咽頭炎	12 突発性発疹症		
03 扁桃腺炎	13 手足口病		
04 気管支炎	14 伝染性紅斑(りんご病)		
05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎		
06 消化不良症	16 麻疹		
07 感冒性嘔吐症	17 水痘		
08 白家中毒症	18 百日咳		
09 中耳炎・外耳炎	19 風疹		
10 結膜炎(流角結を含む。)	26 その他 [ ]		
病状(○印)	回復期(下熱・微熱等)		
安 静 度 ○印	1 ベット上安静 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(昼食) ○印	ミルク・牛乳のみ・離乳食(前期・中期・後期)・かゆ食・米飯食 アレルギー食(除去内容 )		
処方内容			
	次回診察予定日 月 日( )		
備 考	翌日も病後児保育が 1 必要 2 保育所等に復帰 (○印)		

※急性期の場合及び隔離が必要となる感染症の場合は、病後児保育事業の利用はできません。