

病後児保育実施連絡票

年 月 日

大成学園かさまこども園長 様

医療機関住所  
及び名称  
電話番号  
担当医師氏名 \_\_\_\_\_

下記の児童について、病後児保育の実施が適当であること認められますので連絡いたします。

児童氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住 所		TEL	
病 名 (番号に○)	1. 感冒・感冒性咽頭炎 2. インフルエンザ (H51N1を除く) 3. 気管支炎 4. 肺炎 5. 喘息 6. 喘息性気管支炎 7. 扁桃腺炎 8. 感染性胃腸炎 9. 細菌性腸炎	10. ロタウイルス胃腸炎 11. 中耳炎・外耳炎 12. 結膜炎 13. とびひ 14. 溶連菌感染症 15. 突発性発疹症 16. 風疹 17. 手足口病 18. その他の疾病 ( )	
症 状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> その他主要症状 ( )		
安 静 度	<input type="checkbox"/> 病後児室ベット上安静 <input type="checkbox"/> 病後児室内安静 (ベット等での生活が主, 他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 病後児室内等保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)		
食 事	<input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> かゆ食 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容: )		
利用見込	<input type="checkbox"/> 1日程度 <input type="checkbox"/> 3日程度 <input type="checkbox"/> その他 ( 日程度) ※上限7日間		
処方内容 留意事項			

○医療機関様へ：この連絡票は、記入後、児童の保護者等にお渡し願います。

○保護者の方へ：この連絡票は、利用申請書と併せて提出願います。

○問 合 せ 先：大成学園かさまこども園（0296-71-5858）