

大田区病児・病後児保育事業利用連絡票（医師連絡票）

年 月 日

大田区病児・病後児保育事業の利用にあたり、下記の点について連絡します。

児童名	
-----	--

（病児・病後児保育を必要とする現在の状態について）下記の病名・病状番号に○印をつけて下さい。

01 感冒・感冒様症候群	02 咽頭炎	03 扁桃炎
04 気管支炎	05 喘息	06 喘息性気管支炎
07 消化不良症	08 感冒性嘔吐症	09 感染性胃腸炎
10 中耳炎・外耳炎	11 結膜炎（流角結を含む）	12 膿痂疹（とびひ）
13 突発性発疹症	14 手足口病	15 伝染性紅斑（りんご病）
16 流行性耳下腺炎	17 麻疹	18 水痘
19 百日咳	20 風疹	21 溶連菌感染症
<病名不明のとき>		
22 発熱	23 下痢	24 嘔吐
25 咳嗽	26 喘鳴	27 発疹
28 その他（		）

症状（○印）	1 急性期 2 回復期
安静度（○印）	1 ベッド上で安静 2 隔離室で隔離 3 室内で安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 4 室内で保育（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） ・ 幼児食 下痢食 ・ アレルギー食（除去内容
処方内容	
次回診察予定日	月 日
医療機関	所在地 名称 医師名 ㊦

以下は、児童の保護者様をご記入ください。

基礎疾患(既往歴、 現在通院中の疾患等) （○印）	有 ・ 無 （有の場合） 疾患名： 診断・治療を受けた病院名：
現在の状況 （○印）	治療中（治療法： 経過観察中 現在通院していない

*この様式については、今後変更となる場合があります。