浜松市乳幼児健康支援一時預かり事業

医　師　連　絡　票

平成　　年　　月　　日

病後児保育室　　様

病院名
医師名

病後児保育の利用について、
下記の点について連絡します。

お子さんの名前	

下記の病名・症状番号に○印をおつけください

01 感冒・感冒様症候群	11 突発性発疹症	21 その他
02 咽頭炎	12 手足口病	(　　)
03 扁桃腺炎	13 伝染性紅斑(りんご病)	<病名不明のとき>
04 気管支炎	14 流行性角結膜炎	22 発　熱
05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎	23 下　痢
06 嘔吐下痢症	16 麻疹（はしか）	24 嘔　吐
07 自家中毒症	17 水痘	25 咳　嗽
08 中耳炎・外耳炎	18 百日咳	26 喘　鳴
09 結膜炎	19 風疹	27 発　疹
10 膿痂疹（とびひ）	20 インフルエンザ	28 その他
		(　　)

病　期 （○印）	1　回復期　　(10)から(20)の場合　感染の危険　（　ある・ない　） ※感染の危険のある場合は病後児保育は利用できません。 2　治癒期
安　静　度 ○印	1　ベッド上安静 2　室内安静(ベッドでの生活が主，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）　・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　（　　）日後
備　考	