

# 病児・病後児保育家庭医連絡票

社会福祉法人 すくすくどろんこの会

病児保育施設フォレストルーム 宛

令和 年 月 日

病児保育施設フォレストルームでは、市の補助事業として病児保育を行っています。

お手数ですが、下記の様式に診断名、病児保育での留意点の記入をお願いいたします。

## <保護者記入>

児童氏名	( 男 ・ 女 )
生年月日	年 月 日 ( 歳 カ月)
住所	
電話番号	

## <医師記入> 診断名 ※疾病・症状ともに記載願います

疾病等			症状
1. 急性上気道炎	9. RSウイルス感染症	17. 膿痂疹(とびひ)	<input type="checkbox"/> 発熱
2. 咽頭炎・扁桃炎	10. アデノウイルス感染症	18. 外傷	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐
3. 気管支炎	11. 水痘・带状疱疹	19. その他	<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴
4. 喘息発作	12. 胃腸炎・腸炎	( )	<input type="checkbox"/> 発疹
5. 肺炎	13. 溶連菌感染症		<input type="checkbox"/> 鼻詰まり <input type="checkbox"/> 鼻汁
6. マイコプラズマ感染症	14. ヘルパンギーナ		<input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> 眼脂
7. ヒトメタニューモウイルス	15. 突発性発疹		<input type="checkbox"/> その他
8. 中耳炎・外耳炎	16. 手足口病		( )

## <医師記入> 留意点

安静度	<input type="checkbox"/> 一般(他児と同室で良い) <input type="checkbox"/> 個室で隔離
	<input type="checkbox"/> 室内安静(ベッド・布団上が主、静かな遊びが可)
	<input type="checkbox"/> 室内保育(室内で普通に遊んで良い)
食事	<input type="checkbox"/> 調乳ミルク・離乳食
	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 水分指示( )
	<input type="checkbox"/> 胃腸炎食・腸炎食 <input type="checkbox"/> その他の指示
投薬など	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼( <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後) <input type="checkbox"/> 夜
	<input type="checkbox"/> 内服薬(粉・シロップ・錠剤) <input type="checkbox"/> 貼り薬 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 点眼
	<input type="checkbox"/> ダイアップ( °C以上)
	<input type="checkbox"/> 吸引・吸入薬 <input type="checkbox"/> その他( )

病児保育が可能であると認められるので、連絡します。

令和 年 月 日

医療機関の所在地及び名称

電話番号

担当医師名

印

※発行日を含めて7日間有効ですが、3日間症状の改善がない場合は、再診をお願いすることもあります。