

大磯町病後児保育事業医師連絡票

年 月 日

（宛先）大磯町長

医療機関 所在地  
 名 称  
 担当医師 ⑩  
 電話番号 — —

次の児童について大磯町病後児保育事業の利用が可能と思われるので連絡します。

児童氏名		生年月日	年 月 日
該当する病名又は、病名不明の場合は症状に○印をお願いします。			
<病名>		<症状>	
01 急性上気道炎（咽頭、扁桃炎等含む）	08 水痘	14 発熱	
02 気管支炎・肺炎	09 流行性耳下腺炎	15 おう吐	
03 喘息・喘息性気管支炎	10 ヘルパンギーナ	16 下痢	
04 感冒性胃腸炎	11 手足口病	17 喘鳴	
05 感染性胃腸炎（下痢・嘔吐）	12 突発性発疹	18 咳嗽	
06 インフルエンザ（ 型）	13 その他	19 発疹	
07 伝染性膿痂疹	（ ）	20 その他（ ）	
症状の経過 治療状況 既往歴等			
保育形態 （番号に○）	1 専用個室で安静                      2 ベッド上安静 3 室内安静（ベッドの生活が主、他児との静かな遊びは可） 4 室内保育（他児と室内で普通に遊んでもよい）		
食 事 （番号に○）	1 ミルク・牛乳のみ      2 離乳食（初期・中期・後期・完了期）      3 常食 4 かゆ食      5 アレルギー食（除去内容：                      ) 6 その他（                      )		
処方内容 （薬品名・用量・用法）	与薬時間      食前      食間      食後      その他（                      )		
その他 留意事項			
この連絡票の有効期間	年 月 日（ 曜日）まで（見込）      ※上限7日間		

※ 医療機関の皆様へ

- この用紙は、記入後、児童の保護者にお渡しくださるようお願いいたします。
- 病後児保育が利用できるのは、**病気の回復期**の場合です。急性期の場合は利用できませんのでご注意ください。
- 問い合わせ先： 認定こども園あおばと内病後児保育室（電話0463-74-5918）