

柏市病児・病後児保育医師連絡票

※空き状況確認後、医師に記入していただいでください

(保護者記入)

児童氏名		生年月日	年 月 日生まれ
保護者氏名		住所	

(医師記載) 下記の病名・病状番号に○印をおつけください

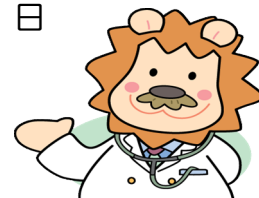
※麻疹・風疹・水痘・带状疱疹・結核については利用ができません

1 感冒・感冒様症候群	11 膿痂疹	21 アデノウイルス	<病名不明の時> 23 発熱 24 下痢 25 嘔吐 26 咳嗽 27 発疹
2 咽頭炎	12 突発性発疹症	22 インフルエンザ	
3 扁桃腺炎	13 手足口病		
4 気管支炎	14 伝染性紅班(りんご病)		
5 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎		
6 消化不良症	16 百日咳		
7 感冒性嘔吐症	17 咽頭結膜熱		
8 自家中毒症	18 ヘルパンギーナ	28 その他()	
9 中耳炎・外耳炎	19 溶蓮菌		
# 結膜炎(流角結を含む)	20 RSウイルス		
基礎疾患	無 ・ 有 (診断名)		
病児保育	どちらかに○印をお願いします		
「回復期に至らない場合 であり、かつ当面の急変 が認められない場合」 ⇒生後6ヵ月以上	可能 ・ 不可能		
	利用予定期間 (利用は一週間可能…休日含む)		
		年 月 日() ~ 年 月 日()	
病後児保育	どちらかに○印をお願いします		
「病気の回復期」 ⇒生後6ヶ月以上	可能 ・ 不可能		
	利用予定期間 (利用は一週間可能…休日含む)		
		年 月 日() ~ 年 月 日()	
安静度 (○印)	1	室内保育 (他児と室内で普通に遊んで良い)	
	2	室内安静 (他児との静かな遊びは可…本, カード遊び等)	
	3	他児との同室での利用は不可(理由)	
食事	制限あり () ・ なし		
薬	無 ・ 処方のとおり ・ その他()		
備考			

診断日 年 月 日

医療機関名

主治医名



※ 医師の許可がないお子さんは利用できません。