

病病後児保育 医師連絡票（医療機関記入）

施設長 宛て

医療機関 住 所
名 称
医師名
電話番号

印

中野区病児・病後児保育事業の利用に当たり必要な情報について下記のとおり提供します。

児童氏名	生年月日		平成・令和 年 月 日
住 所	丁 目 番 号		電話番号
傷 病 名	※該当する傷病名、症状に“「○」印”をお願いします。		
	01 感冒・感冒様症候群	10 自家中毒	19 麻疹
	02 咽頭炎	11 中耳炎	20 水痘
	03 扁桃腺炎	12 外耳炎	21 風疹
	04 気管支炎	13 結膜炎	22 百日咳
	05 喘息	14 膿痂疹	23 骨折
	06 喘息性気管支炎	15 突発性発疹症	24 火傷
	07 感冒性嘔吐症	16 手足口病	25 その他（ ）
	08 感染性胃腸炎	17 伝染性紅斑	26 病名不明
	09 消化不良	18 流行性耳下腺炎	
※該当する項目の□にチェック及び内容のご記入をお願いします。			
病 状 症状の経過 治療状況等	☐ 上記傷病の回復期に至っていない ☐ 隔離を要する		
	☐ 上記傷病の回復期に至っている		
既 往 歴 家 族 歴			
食事に関する 特別な指示	留意点： ☐ なし ☐ あり（ ） ☐ 普通食 ☐ 胃腸食 ☐ 離乳食（ ☐ 前期 ☐ 中期 ☐ 後期） ☐ ミルクのみ ☐ アレルギー食（除去内容： ）		
処方内容	与薬時間 食前 食間 食後 その他（ ）		
	薬品名・用量・用法		
その他 注意事項			
利用可能事業	この児童は診断の結果、 ☐ 病後児保育室（フェアリーテイル鷺宮駅前園） の利用が可能です。		
利用期間	本日より 日間程度 ※7日を限度とします。		

注3 事業の利用可能年齢は、**病後児は生後6か月以上から就学前までの児童**です。

注4 回復期とは、次に掲げるものをいいます。

1 感冒等、日常的にかかる疾患

⇒ 急性期を経過した以降

2 気管支炎及びぜん息等の呼吸器系疾患

⇒ 発作が治まった以降

3 麻疹、水痘、風疹等の感染性疾患

⇒ 他児に感染する恐れのある感染期を経過した以降

4 骨折、熱傷、火傷等の外傷性疾患

⇒ 症状が安定した以降