様式第5号（第8条関係）

色麻町病後児保育施設利用連絡票

（保護者記入欄）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | | 性  別 | 男・女 | | 生年月日 | | | |
| 氏名 | | | 年　 月　 日生(　 歳　 か月) | | | |
| (〒　　　　－　　　　　) | | | | | | | | | |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　 (　　　) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 病後児保育施設の利用について、次のとおりお知らせします。 | | | | | | | | | （医療機関記入欄） |
| 病名・症状 | 1　感冒・感冒様症候群  2　気管支炎  3　喘息・喘息性気管支炎  4　消化不良症  5　嘔吐下痢症  6　感染性胃腸炎  7　突発性発疹  8　手足口病  9　流行性耳下腺炎  10　りんご病(伝染性紅斑) | | | | | | 11　麻疹  12　水痘  13　風疹  14　インフルエンザ  15　溶連菌感染症  16　中耳炎  17　膿痂疹  18　骨折  19　熱傷  20　その他  (　　　　　 　　　　 　　　　　) | | |
| (病名不明)  21　発熱  24　咳嗽 | | | | 22　下痢  25　喘鳴 | | | 23　嘔吐  26　発疹 | |
| 病後児保育施設  利用見込み期間 | 月　　　 日から　　　 日程度(1回につき原則7日限度) | | | | | | | | |
| 安静度 | 1　室内隔離(他児と別室で過ごす必要あり) | | | | | | | | |
| 2　室内安静(室内で静かな遊びは可) | | | | | | | | |
| 3　室内保育(室内で普段通り遊んで良い) | | | | | | | | |
| 食事(昼食) | 1　普通食 | 2　下痢食 | | | | | | | |
| 3　アレルギー食(除去内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) | | | | | | | | |
| 処方内容  (指示等) |  | | | | | | | | |
| 次回診察予定日 | 年　　　月　　　日(　　　) | | | | | | | | |
| ※病後児保育施設利用(　可　・　否　)  (条件等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　)  年　　　月　　　日  医療機関名  医　師　名 | | | | | | | | | |

※病後児保育施設とは、病気の回復期であり、集団保育等が困難なお子さんをお預かりする施設です。

　例）①症状が安定してから通常の集団保育が可能になるまでの期間

　　　②感染症疾患の場合は、他児に感染するおそれのある感染期を脱した以降の期間