

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 氏名	性別 男・女	生年月日 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	11 麻疹
	2 気管支炎	12 水痘
	3 喘息・喘息性気管支炎	13 風疹
	4 消化不良症	14 インフルエンザ
	5 嘔吐下痢症	15 溶連菌感染症
	6 感染性胃腸炎	16 中耳炎
	7 突発性発疹	17 膿痂疹
	8 手足口病	18 骨折
	9 流行性耳下腺炎	19 熱傷
	10 りんご病(伝染性紅斑)	20 その他 ( )
	(病名不明)	
	21 発熱	22 下痢
	23 嘔吐	24 咳嗽
	25 喘鳴	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