様式第３号（第９条関係）

病児・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　　　 (　　　) |
|  |
| 病児・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　りんご病(伝染性紅斑)10　インフルエンザ | 11　溶連菌感染症12　中耳炎13　膿痂疹14　骨折15　熱傷16　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 |
| 1　急性期（発熱等）　　2　回復期（下熱・微熱等） |
| 病児・病後児保育施設利用見込期間 |  　　　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(　　　) |
| ※病児・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 |

※医療機関の方へ　連絡票の記入は、医療保険上の「B009診療情報提供料(Ⅰ)」で対応願います。