

釜石市病後児保育医師連絡票

釜石市長 宛て

医療機関 所在地
 名称
 担当医師 氏名
 電話 印

釜石市病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

当該児童は下記疾患の急性期を過ぎた回復期にあるので、病後児保育事業を利用することについては可能と認めます。

患者氏名 (児童名)					(男・女)
患者生年月日	年	月	日生	満	歳
患者住所					
病名・症状	1 急性上気道炎	11 流行性耳下腺炎			
	2 肺炎 ()	12 麻疹			
	3 気管支炎	13 水痘			
	4 喘息・喘息性気管支炎	14 風疹			
	5 胃腸炎	15 インフルエンザ			
	6 感染性胃腸炎	16 溶連菌感染症			
	7 周期性嘔吐症 (自家中毒症)	17 中耳炎			
	8 突発性発疹症	18 膿痂疹			
	9 手足口病	19 その他: _____			
	10 伝染性紅斑 (りんご病)				
	(病名不明のとき)				
	19 発熱	20 下痢	21 嘔吐	22 咳嗽	23 喘鳴
	24 発疹				
診療形態	1 外来	2 往診	3 入院	(年 月 日 ~ 年 月 日)	
保育上の留意点	1 ベッド上安静	2 隔離室で隔離	3 室内安静 (他児との静かな遊び可)		
	4 室内保育 (他児との普通の遊び可)				
現在の投薬処方	無 ・ 有 有の場合: 内容、頻度等				
食事について	1 ミルク	2 牛乳のみ	3 離乳食 (前期・中期・後期)	4 幼児食	
	5 下痢食				
	6 アレルギー食 (除去内容:)				
その他の留意事項					