

病児保育利用連絡書

年 月 日

施設長 様

医療機関名

医師署名

印

病児保育の利用について、下記の通り連絡します。

| | | | |
|-------|---------------|----|----|
| 児 童 名 | 男・女 | | |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳 ヶ月) | 体重 | kg |
| 住 所 | | | |

① 【受け入れ不可病名・状態】下記に該当する場合はお預かりできません。

| | | | |
|--------------------|---|-------------|--------------|
| ■ 発熱後24時間以内 | ■ 下記病名13.18*.20.21の解熱後24時間以内 (※ 18.咽頭結膜熱については眼の充血がないこと) | | |
| ■ 麻疹 | ■ 流行性角結膜炎 | ■ 風疹 | ■ 頻嘔吐 |

②下記の病名・症状番号に○印をつけてください。

| | | |
|------------------|--|--|
| 01 感冒・感冒症候群 | 12 伝染性紅斑(りんご病) | 22 ヘルパンギーナ |
| 02 咽頭炎 | 13 流行性耳下腺炎 | 23 その他 |
| 03 扁桃腺炎 | 14 水痘(発疹が痂皮化) | |
| 04 気管支炎 | 15 百日咳 | |
| 05 喘息・喘息性気管支炎 | 16 溶連菌感染症 | |
| 06 流行性嘔吐下痢症 | 17 アデノウイルス咽頭炎 | |
| 07 自家中毒症 | 18 咽頭結膜熱(プール熱) | |
| 08 中耳炎・外耳炎 | 19 RSウイルス感染症 | |
| 09 膿痂疹 | 20 マイコプラズマ感染症 | |
| 10 突発性発疹症 | 21 インフルエンザ(A/B) (抗インフルエンザ薬投与中) | |
| 11 手足口病 | | |
| 検査結果 検査した項目に☑ | <input type="checkbox"/> インフルエンザA (+)・(-) | <input type="checkbox"/> アデノウイルス (+)・(-) |
| | <input type="checkbox"/> インフルエンザB (+)・(-) | <input type="checkbox"/> RSV (+)・(-) |
| | <input type="checkbox"/> 溶連菌 (+)・(-) | <input type="checkbox"/> hMPV (+)・(-) |
| | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス (+)・(-) | |
| 経過 | | |
| 症状※○印 | 1. 急性期(発熱等) 2. 回復期(解熱・微熱等) | |
| 安静度 ※○印 | 1. 隔離室で隔離 2. 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 3. 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい) | |
| 処方内容 | | |
| 特記事項 | 吸引指示: 無・有 (必要時・定期的 時間/回) | |

※実施施設記入欄

登録番号