

様式第 1 1 (第 2 3 条関係)

病 児 ・ 病 後 児 保 育 医 師 連 絡 票

この児童は、診察の結果、次の病気又は病気の回復期にあるため病児・病後児保育の利用が可能と
思われます。

(保護者記入欄)

児 童 氏 名		性 別	
生 年 月 日	年 月 日生 (歳 か月)		
住 所			
保護者氏名		電 話	

(医療機関記入欄)

病 名 (番号に○)	1 急性上気道炎	9 突発性発疹	17 流行性耳下腺炎
	2 気管支炎・肺炎	10 伝染性紅斑	18 百日咳
	3 喘息・喘息様気管支炎	11 麻疹	19 咽頭結膜熱 (プール熱)
	4 嘔吐下痢症	12 水痘	20 ヘルパンギーナ
	5 感染性胃腸炎	13 風疹	21 マイコプラズマ肺炎
	6 結膜炎 (流角結含む)	14 インフルエンザ	22 その他
	7 伝染性膿痂疹	15 溶連菌感染症	()
	8 手足口病	16 中耳炎・外耳炎	
症 状 (番号に○)	23 発熱 24 下痢 25 嘔吐 26 咳嗽 27 喘鳴 28 発疹 29 その他 ()		
隔 離	必要 ・ 不要		
処 方 内 容	薬 品 名	用 法	用 量
安 静 度	1 ベッド上安静 2 室内安静 (ベッド上での生活が主、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)		
食 事 の 注 意 点	無 ・ 有 (ミルクのみ・離乳食 (前期・中期・後期)・粥食・米飯食 除去必要 _____ ・ その他 _____)		
注意事項等			

年 月 日

医療機関名

医 師 名

(自署又は記名押印)

(保護者記入欄)

家庭での様子	年 月 日 ()				
	体 温	平均体温		前日夕方 (時 ℃)	今朝 (時 ℃)
		解熱剤の使用 無 ・ 有 (月 日 時使用)			
	症 状	鼻 汁	多い ・ 少ない ・ なし	嘔 吐	多い ・ 少ない ・ なし
		せ き	多い ・ 少ない ・ なし	便	多い ・ 少ない ・ なし
		喘 鳴	多い ・ 少ない ・ なし	尿	多い ・ 少ない ・ なし
	睡 眠	時 分～ 時 分 (良眠 ・ 普通 ・ 不眠)			
	機 嫌	良い ・ 悪い			
	食 事	前日夕食量 (多い ・ 少ない ・ なし)		内容 (普通食 ・ 軟食)	
		当日朝食量 (多い ・ 少ない ・ なし)		内容 (普通食 ・ 軟食)	
その他気付いた事					

食物アレルギー	あり ・ なし				
	ありの場合	診断された日	年	月	日
		除去食品			
		解除された日	年	月	日

与薬について	病児・病後児保育室での与薬 (無 ・ 有)				
	*有の場合は、以下にご記入ください。				
	①持参した薬は	年	月	日に処方された	日分のうち 日分
	②保管は室温・冷蔵庫・その他 ()				
	③薬の剤型 (該当するものに○)				
		粉、液 (シロップ)、外用薬、その他 ()			
	④薬の内容 ()				
	⑤使用する日時	年	月	日～	年 月 日
		午前・午後	時	分又は食事の	分前 ・ 分後
		その他具体的に ()			
⑥飲ませ方・外用薬などの使用方法					
⑦その他の注意事項					
薬剤情報提供書 あり ・ なし					

※医療機関の皆様へ

本事業の趣旨と保護者負担の軽減にご理解・ご協力をいただき、知立市内の医療機関（刈谷医師会知立支部加入）ではこの連絡票を300円の文書料で作成していただくようお願いしております。その他の医療機関ではこの限りではありません。よろしくお願いします。