

雲南市病児・病後児保育医師連絡票

雲南市長 様

病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

利用児童名		性別	男 ・ 女
児童の生年月日	年 月 日		
該当する病名・病状（該当項目に○印をおつけください）			
01 上気道炎（咽頭炎・扁桃炎） 02 気管支炎、肺炎 03 喘息・喘息性気管支炎 04 感染性胃腸炎 05 水痘 06 流行性耳鼻腺炎 ()		07 中耳炎（右・左） 08 溶連菌感染症 09 咽頭結膜熱 10 膿痂疹 11 インフルエンザ（A・B） 12 その他 ()	（病名不明のとき） 13 発熱 14 下痢 15 嘔吐 16 喘鳴 17 発疹 18 その他 ()
治療経過及び 症状経過			
処方内容			
病児・病後児区分	1. 病気の回復期に至らない（病児）→病後児保育は利用不可 2. 病気の回復期にあたる（病後児）		
隔離・安静 について	1. 隔離・安静が必要 2. 隔離必要（他児との接触を避ける） 3. 隔離不要（他児との接触が可能）		
その他指示			
年 月 日 医療機関名 (電話番号) 医師氏名			

※主治医の先生へお願い

この用紙は、お子様が病児・病後児保育事業を利用するために必要なものです。
診療のうえ、当事業を利用することに支障がないと認められる場合には、上記項目にご記入いただき、児童の保護者へお渡しくださるようお願いします。