様式第２号

さくら市病後児保育事業現症連絡票

さくら市長　様

（保護者記入欄）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童名 |  | 男・女 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |

（主治医記入欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病名・病状  番号に○ | ０１　感冒・感冒様症候群 | １１　突発性発疹症 | （病名不明のとき） |
| ０２　咽頭炎 | １２　手足口病 |  |
| ０３　扁桃腺炎 | １３　りんご病（伝染性紅斑） | ２０　発熱 |
| ０４　気管支炎 | １４　流行性耳下腺炎 | ２１　下痢 |
| ０５　喘息・喘息性気管支炎 | １５　水痘 | ２２　嘔吐 |
| ０６　消化不良症 | １６　百日咳 | ２３　咳痰 |
| ０７　感冒性嘔吐症 | １７　風疹 | ２４　喘鳴 |
| ０８　自家中毒症 | １８　その他 | ２５　発疹 |
| ０９　中耳炎・外耳炎 | （　　　　　　　　　　） |  |
| １０　結膜炎（流角結を含む） |  | |
| 安静度  （番号に○） | １．ベッド上安静  ２．観察室  ３．室内安静（ベッド上の生活が主、他児との静かな遊びは可）  ４．室内保育（他児と室内で普通に遊んで良い） | | |
| 食事  （該当に○） | ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期）・幼児食  下痢食・アレルギー食（除去内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 現在の  投薬処方 |  | | |
| 医師の所見及び  指示事項 | 年　　　　月　　　　日より、　　　　　日間　病後児保育が必要  詳細 | | |
| さくら市病児・病後児保育事業の利用について、上記のとおり連絡いたします。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　　　医師名 | | | |