

伊勢原市病児・病後児保育事業医師連絡票

伊勢原市長 殿

年 月 日

医療機関 名 称
所 在 地
連絡先電話
医 師 氏 名

㊟

伊勢原市病児・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。

児 童 氏 名			
病 名 症 状 (番号に ○)	病 名		症 状
	01 急性上気道炎	10 咽頭結膜熱	01 発 熱
	02 気管支炎	11 インフルエンザ (型)	02 鼻 汁
	03 肺炎	12 流行性耳下腺炎	03 咳 嗽
	04 喘息様気管支炎	13 溶連菌感染症	04 喘 鳴
	05 喘息	14 伝染性膿痂疹(とびひ)	05 嘔 吐
	06 感染性胃腸炎 ()	15 中耳炎	06 下 痢
	07 扁桃腺炎	16 突発性発疹	07 発 疹
	08 ヘルパンギーナ	17 その他	08 その他
	09 手足口病	() ()	
いずれかに ○	01 病児保育室のみ(病気急性期) 02 病児保育室、病後児保育室(病気回復期) どちらも可 03 隔離室(隔離保育)		
安静度 (番号に ○)	01 ベッド上 02 室内安静 (ベットの生活が主、他児との静かな遊びは可) 03 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでもよい)		
食 事 (番号に ○)	01 ミルク・牛乳のみ 02 離乳食(前期・中期・後期) 03 幼児食 (常食・軟菜食) 04 アレルギー食(除去内容:) 05 その他 (内容:)		
処 方 内 容 そ の 他 注意事項など			
この連絡票の 有効期間	年 月 日～ 月 日まで *上限7日間(土・日・祝日を除く)		

※ 医療機関の皆様へ
この用紙は、記入後、児童の保護者にお渡しくださるようお願いいたします。

[問合せ先]伊勢原協同病院病児病後児保育室ひまわり 電話 0463-94-2148

* 保護者の方へ : この書類は、利用申請(変更申請)の際に申請書類に添付してください。