

病児・病後児保育 連絡票

年 月 日

すずらん保育園 殿

医療機関 所在地

名 称

医師名

㊞

病児・病後児保育の利用に当たり必要な情報について以下のように提供します。

児童氏名		性別	生年月日	年 月 日 (歳)
病名・症状※	01 手足口病		13 マイコプラズマ感染症	(病名不明)
	02 中耳炎・外耳炎		14 RS ウィルス感染症	1 発熱
	03 突発性発疹		15 インフルエンザ	2 嘔吐
	04 気管支炎		(型)	3 下痢
	05 気管支喘息・喘息性気管支炎		16 アデノウイルス感染症	4 咳嗽
	06 感染性胃腸炎 ()		17 溶連菌感染症	5 喘鳴
	07 自家中毒症		18 水痘 (みずぼうそう)	6 発疹
	08 咽頭炎		19 風疹	7 その他
	09 伝染性膿痂疹 (とびひ)		20 ヘルパンギーナ	
	10 扁桃炎		21 ヘルペス歯肉口内炎	
	11 感冒・鼻咽喉頭炎		22 その他	
	12 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		()	
安静度※	1 ベット上安静		2 隔離を要する	
	3 室内安静		4 室内保育	
食 事※	① ミルク		② 離乳食 (初期 ・ 中期 ・ 後期)	
	③ 普通食		④ 下痢食 (軽症 ・ 中程度)	
	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">指示事項</div> アレルギー除去 (内容)			
投薬のついて	保育室での与薬 (有 ・ 無)			
	処方 1			
	2			
	3			
	与薬時間：食前・食間・食後・指定時間 (時間毎)			
症状経過及び 医師の指示事項				

注意 ※印の欄は、該当する項目を○印で囲んでください。

すずらん保育園は企業主導型の保育園です。