病児・病後児保育用連絡票

※太線枠内は保護者が記入してください。

（児童が急性期等である場合は、病児・病後児保育事業の利用ができない場合があります。）

ふりがな		男・女	生年月日	年　月　日 （　歳　ヶ月）
児童氏名				
住所			保護者氏名	

○医師の確認欄（病児・病後児保育事業の利用が認められる場合にのみ記入してください。）

病名又は病状 （番号に○印）	1. 急性期　2. 回復期
	1. 上気道炎　2. 気管支炎　3. 肺炎 4. 急性腸炎　5. ロタウイルス感染症　6. RS ウイルス感染症 7. 中耳炎・外耳炎　8. 膿痂疹（とびひ）　9. 突発性発しん症 10. 手足口病　11. ヘルパンギーナ　12. 伝染症紅斑（りんご病） 13. 流行性耳下腺炎　14. 風しん　15. 溶連菌感染症 16. インフルエンザ　17. その他疾患等（　）
	（病名不明のとき）　18. 発熱　19. 下痢　20. おう吐　21. せき　22. ぜん鳴 23. 発しん　24. その他（　）
熱性けいれん （既往歴）	1. なし　2. あり　・回数（　回） ・最後に発生した時期（　年　月　日） ・発生時の対処法（　）
安静度 （番号に○印）	1. ベッド上で安静　2. 安静室又は観察室で隔離 3. 室内安静（ベッドでの生活が主、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よい）
現在の投薬処方	
保育上で留意すべき点（既往歴・アレルギー・体質傾向など）	
児童の状況は上記のとおりであり、病児・病後児保育事業の利用が可能であると認めます。 年　月　日 関市長　様 医療機関　所在地 名　称 電　話 担当医師　氏　名	