

様式第3号（第6条関係）

病児・病後児保育家庭医連絡票

年 月 日

利府町長

宛

所在地

名称

電話番号

担当医師氏名

印

次の児童について、病児・病後児保育が適当と認められますので連絡いたします。

氏 名	男・女	年 月 日生（ ）歳
住 所	利府町	Tel
病 名	1 急性上気道炎 2 気管支炎・肺炎 3 喘息・喘息性気管支炎 4 嘔吐下痢症 5 感染性胃腸炎 6 周期性嘔吐症（自家中毒症） 7 突発性発疹症 8 手足口病 9 流行性耳下腺炎 （病名不明のとき） 1 8 発熱 2 1 咳嗽 1 9 下痢 2 2 喘鳴 2 0 嘔吐 2 3 発疹	1 0 麻疹 1 1 水痘 1 2 風しん 1 3 インフルエンザ 1 4 溶連菌感染症 1 5 中耳炎 1 6 膿痂疹 1 7 その他（ ）
病 状	1 急性期（発熱等） 2 回復期（下熱・微熱） ※ 「1 急性期」の場合は、病後児保育のみの実施施設では保育できません。 保育可能な施設の確認は、利府町子ども支援課（022-767-2193）にお問い合わせください。	
安 静 度	1 ベッド上安静 2 隔離室で隔離 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）	
食 事 （昼食）	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 ）	
処方内容 指示等	<div>次回診療予定 月 日（ ）</div>	

※ 医療機関の方へ

家庭医連絡票の記入は、医療保険上の「B009診療情報提供料（I）」で対応
願います。

※ 実施施設使用欄	利用日数	日
-----------	------	---