

## 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	1 0	麻しん		
	2 気管支炎・肺炎	1 1	水痘		
	3 哮息・喘息性気管支炎	1 2	風しん		
	4 嘔吐下痢症	1 3	インフルエンザ		
	5 感染性胃腸炎	1 4	溶連菌感染症		
	6 周期性嘔吐症（自家中毒症）	1 5	中耳炎		
	7 突発性発疹症	1 6	膿瘍疹		
	8 手足口病	1 7	その他 ( )		
	9 流行性耳下腺炎				
	(病名不明のとき)				
	1 8 発熱	1 9 下痢	2 0 嘔吐		
	2 1 咳嗽	2 2 喘鳴	2 3 発疹		
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（ベットでの生活が主、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					
	次回診療予定 月 日 ( )				

※ 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
-----------	------	---