

病後児保育実施連絡票

年 月 日

大成学園かさまこども園長 様

医療機関住所

医療機関名称

電話番号

担当医師名

下記の児童について、病気回復期にあり、感染症の疑いなく、病後児保育の実施が可能であることを認めます。

児童氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住 所		TEL	
病 名 (番号に○)	1. 感冒・感冒性咽頭炎 2. インフルエンザ（H51N1を除く） 3. 気管支炎 4. 肺炎 5. 喘息 6. 喘息性気管支炎 7. 扁桃腺炎 8. 感染性胃腸炎 9. 細菌性腸炎	10. ロタウイルス胃腸炎 11. 中耳炎・外耳炎 12. 結膜炎 13. とびひ 14. 溶連菌感染症 15. 突発性発疹症 16. 風疹 17. 手足口病 18. その他の疾病 ( )	
症 状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> その他の主要症状 ( )		
安 静 度	<input type="checkbox"/> 病後児室ベット上安静 <input type="checkbox"/> 病後児室内安静（ベット等での生活が主、他児との静かな遊びは可） <input type="checkbox"/> 病後児室内等保育（他児と室内で普通に遊んでよい）（※病後児保育は3名まで同室で過ごします）		
食 事	<input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> かゆ食 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> アレルギー食（除去内容： )		
利 用 見 込	<input type="checkbox"/> 1日程度 <input type="checkbox"/> 3日程度 <input type="checkbox"/> その他 ( 日程度) ※上限7日間		
処 方 内 容 留 意 事 項			

○医療機関様へ：この連絡票は、病後児保育利用申請に使用します。ご記入後に申請者へお渡しください。

○保護者の方へ：この連絡票は、利用申請書と併せて園へ提出してください。

○問 合 せ 先：大成学園かさまこども園（0296-71-5858）