

病児保育利用連絡書

年 月 日

施設長 様

医療機関名

医師署名

印

病児保育の利用について、下記の通り連絡します。

児 童 名	男・女		
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)	体重	kg
住 所			

①【受け入れ不可病名・状態】下記に該当する場合はお預かりできません。

<p>■ 発熱後24時間以内</p> <p>■ 下記病名13.18*.20.21の解熱後24時間以内 (* 18.咽頭結膜熱については眼の充血がないこと)</p> <p>■ 麻疹 ■ 流行性角結膜炎 ■ 風疹 ■ 頻嘔吐</p>

②下記の病名・症状番号に○印をつけてください。

01 感冒・感冒症候群	12 伝染性紅斑(りんご病)	22 ヘルパンギーナ
02 咽頭炎	13 流行性耳下腺炎	23 その他
03 扁桃腺炎	14 水痘(発疹が痂皮化)	
04 気管支炎	15 百日咳	
05 喘息・喘息性気管支炎	16 溶連菌感染症	
06 流行性嘔吐下痢症	17 アデノウイルス咽頭炎	
07 自家中毒症	18 咽頭結膜熱(プール熱)	
08 中耳炎・外耳炎	19 RSウイルス感染症	
09 膿痂疹	20 マイコプラズマ感染症	
10 突発性発疹症	21 インフルエンザ(A/B)	
11 手足口病	(抗インフルエンザ薬投与中)	
検査結果 検査した項目に☑	<input type="checkbox"/> インフルエンザA (+)・(-) <input type="checkbox"/> アデノウイルス (+)・(-) <input type="checkbox"/> インフルエンザB (+)・(-) <input type="checkbox"/> RSV (+)・(-) <input type="checkbox"/> 溶連菌 (+)・(-) <input type="checkbox"/> hMPV (+)・(-) <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス (+)・(-)	
経過		
症状※○印	1. 急性期(発熱等) 2. 回復期(解熱・微熱等)	
安静度 ※○印	1. 隔離室で隔離 2. 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 3. 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)	
処方内容		
特記事項		

※実施施設記入欄

登録番号