病後児保育利用連絡票

児童氏名　：

生年月日　：(H・R)　　年　　月　　日生　（　　歳　　ヶ月）

保護者氏名：

＊医師の診察は、利用当日にして下さい。又は、症状の悪化が無ければ前日の診察でも可能です。

<table>
<tr><td rowspan="3">疾患名</td><td colspan="2">※該当する疾患名、症状に「レ」チェックをお願いします。</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐感冒・感冒様症候群　☐咽頭炎　☐扁桃腺炎　☐気管支炎　☐喘息
☐中耳炎・外耳炎　☐喘息性気管支炎　☐感冒性嘔吐症
☐消化不良　☐突発性発疹症　☐骨折　☐結膜炎
☐火傷　　☐その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">＜主な症状＞
☐　発熱　☐　下痢　☐　嘔吐　☐　咳嗽　☐　喘鳴　☐発疹　☐その他</td></tr>
<tr><td rowspan="5">医師からの意見
（上記の疾患名・症状における病後児保育事業実施施設での対応について）</td><td>安静度</td><td>☐ベット上安静　　☐　室内安静　　☐観察室で隔離
☐室内保育（他の児童と室内で遊んでよい）</td></tr>
<tr><td>飲　食</td><td>☐ミルク　☐　離乳食（前期・中期・後期）　☐　普通食
☐下痢食　☐ 軟食　☐ アレルギー食（除去内容　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">与薬指示</td><td>処方せん交付→薬局で発行する調剤内訳の写しがある場合は保護者に添付させてください
与薬方法：食前・食間・食後・指定時間（　　時間毎）
薬品名：</td></tr>
<tr><td>解熱剤使用　☐　なし
☐　あり：BT（　　℃）以上で（　　）を（　　）使用
☐　主治医に連絡：BT（　　℃）以上</td></tr>
<tr><td>注意すべき症　　状</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">病後児保育利用可能期間</td><td>令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日まで</td></tr>
</table>

同朋天神保育園　宛

病後児保育の利用が可能であることを認めます。

診　察　日：　　令和　　年　　月　　日

所　在　地：

医療機関名：

医　師　名：　　印

電 話番 号：