

渋谷区病児保育事業利用連絡票

ふりがな

園児氏名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

この乳幼児は診察の結果、下記の病気であり、病児保育室の利用が可能と思われます。

該当する病名・病状に○印をお願いします。

1 感冒・感冒様症候群	14 突発性発疹症	25 <b>RSウイルス感染症</b>
2 咽頭炎	15 <b>手足口病</b>	26 外傷性疾患 ( )
3 扁桃腺炎	16 伝染性紅斑	27 痙攣 ( )
4 気管支炎	17 <b>流行性耳下腺炎</b>	28 その他 ( )
5 肺炎	18 <b>水痘</b>	の診断名は隔離室の利用となります。 麻疹、咽頭結膜熱、流行性角結膜熱(はやり目)は利用できません。
6 <b>マイコプラズマ肺炎</b>	19 <b>百日咳</b>	
7 喘息・喘息性気管支炎	20 <b>風疹</b>	
8 <b>感冒性下痢症</b>	21 <b>インフルエンザ (A・B)</b>	
9 <b>感冒性嘔吐症</b>	22 <b>溶連菌感染症</b>	
10 自家中毒	23 <b>ヘルパンギーナ</b>	
11 中耳炎・外耳炎	24 <b>アデノウイルス感染症(結膜炎を伴わない)</b>	
12 結膜炎		
13 <b>伝染性膿痂疹</b>		

病児保育室利用見込み期間 (回復期間) 本日より 日程度 (1回につき7日限度)

発病年月日 \_\_\_\_\_

症状 \_\_\_\_\_

経過 \_\_\_\_\_

全身状態 \_\_\_\_\_

既往歴 有り ( ) 無し

食 事	普通食・胃腸食・離乳食(前期・中期・後期)・ミルクのみ アレルギー食(除去内容 )
	留意点: あり・なし

処方内容	薬品名	用量	用法

平成 年 月 日 医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印

(\*利用連絡票にかかる経費は利用者負担です。渋谷区医師会員医療機関の経費は500円です。)