

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 <u>RSウイルス感染症</u>
2 咽頭炎	15 <u>手足口病</u>	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 <u>流行性耳下腺炎</u>	28 その他 ()
5 肺炎	18 <u>水痘</u>	_____の診断名は隔離室の利 用となります。
6 <u>マイコプラズマ肺炎</u>	19 <u>百日咳</u>	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。
7 喘息・喘息性気管支炎	20 <u>風疹</u>	
8 <u>感冒性下痢症</u>	21 <u>インフルエンザ（A・B）</u>	
9 <u>感冒性嘔吐症</u>	22 <u>溶連菌感染症</u>	
10 自家中毒	23 ヘルパンギーナ	
11 中耳炎・外耳炎	24 <u>アデノウイルス感染症（結 膜炎を伴わない）</u>	
12 結膜炎		
13 <u>伝染性膿痂疹</u>		

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

年 月 日

医療機関名

所 在 地

電 話 番 号

医 師 名

印