様式第３（第８条関係）

令 和　　年　　月　　日

病児・病後児保育事業医師連絡票

実施施設長　様

病児・病後児保育事業の利用について，下記のとおり連絡します。

お子さまの名前		かかりつけ医 医師名	印
連絡先 （電話・ＦＡＸ）		連絡先 （電話） （ＦＡＸ）	

下記の病名・病状番号に〇印を付けてください。

01　感冒・感冒様症候群	11　皮膚感染症（とびひ）	＜病名不明のとき＞
02　咽頭炎	12　突発性発疹症	21　発熱
03　扁桃炎	13　手足口病	22　下痢
04　気管支炎	14　伝染性紅斑（りんご病）	23　嘔吐
05　喘息・喘息性気管支炎	15　おたふくかぜ	24　咳嗽
06　消化不良症	16　麻しん	25　喘鳴
07　感冒性嘔吐症	17　水痘	26　発疹
08　自家中毒症	18　百日咳	
09　中耳炎・外耳炎	19　風しん	
10　結膜炎（流角結を含む）	20　その他〔　　〕	

病状（〇印）	1　急性期（発熱等）　　2　回復期（下痢・微熱等）
安静度 〇印	1　ベッド上安静　　2　隔離室で隔離 3　室内安静（ベッドでの生活が主，他児との静かな遊びは可） 4　室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）
食事（昼食） 〇印	ミルク，牛乳のみ，離乳食（前期・中期・後期），幼児食 下痢食・アレルギー食 （除去内容　　）
処方内容 ［ご記入いただくか，処方箋のコピーを添付してください。］	次回診察予定日　　月　　日（　）