

様式第2号(第7条関係)

大刀洗町長様

大刀洗町病後児保育事業病状連絡票

児童氏名	生年月日	年 (歳) 月 ケ月)	日生	男・女
病名・症状 (番号に○)	01 感冒・感冒様症候群	11 腫か疹	(病気不明のとき)	
	02 咽頭炎	12 手足口病	20 発熱	
	03 扁桃腺炎	13 伝染性紅斑	21 下痢	
	04 気管支炎	14 流行性耳下腺炎	22 嘔吐	
	05 喘息・喘息性気管支炎	15 麻疹	23 咳そう	
	06 消化不良	16 水痘	24 喘鳴	
	07 感冒性嘔吐症	17 百日咳	25 発疹	
	08 自家中毒	18 風疹		
	09 中耳炎・外耳炎	19 その他 ()		
	10 結膜炎(流角結を含む)			
診療形態	1外来	2往診	3入院	(年月日～年月日)
発症月日	年月日	初診月日	年月日	
初発/再発	1初発	2再発(年月日)		
病状・既往歴・治療状況				
現在の処方				
安静度	<input type="checkbox"/> ベット上安静	<input type="checkbox"/> 室内安静(ベットでの生活が主、静かな遊びは可)		
	<input type="checkbox"/> 室内保育	<input type="checkbox"/> 安静室で隔離		
保育上の留意事項				
<input type="checkbox"/> 特になし				
<input type="checkbox"/> 食事())
<input type="checkbox"/> 特異体質など())
<input type="checkbox"/> その他())

年月日

医療機関の名称及び所在地

医師氏名

【連絡票をご記入いただく医師の皆様へ】

この連絡票は、児童が病気の回復期にあるものの、集団保育が困難であるとご判断いただいた場合にご記入をお願いいたします。ご不明な点がございましたら、こども課子育て支援係(0942-77-6205)までご連絡ください。