

芽室町病後児保育事業利用連絡票

年 月 日

芽室町長 様

（注）この様式を書いていただく料金は、
**保険診療（診療情報提供料Ⅰの2）の
 扱いとなります。**

医療機関 所在地
 名 称
 医師氏名

印

病後児保育室の利用について、次のとおり連絡します。

乳幼児氏名		生年月日	年 月 日生
病 状	回復期に入っています。		
傷病名	1. 感冒・感冒様症候群 2. 咽頭炎・扁桃腺炎 3. 気管支炎・肺炎 4. 喘息・喘息性気管支炎 5. 消化不良症 6. 感冒性嘔吐症 7. 自家中毒症 8. 中耳炎・外耳炎 9. 流行性耳下腺炎 10. 突発性発疹症	11. 手足口病 12. 伝染性紅斑（りんご病） 13. 溶連菌感染症 14. 結膜炎 15. 伝染性膿痂疹（とびひ） 16. 麻疹 17. 水痘 18. 風疹 19. 骨折（ ） 20. 熱症（ ） 21. その他（ ）	
病名不明の場合の症状	1. 発熱 2. 下痢 3. 嘔吐 4. 咳嗽 5. 喘鳴 6. 発疹 7. その他（ ）		
病 後 児 保 育 事 業 利 用 上 の 事 項			
病後児保育利用見込み期間	年 月 日から 日間程度		
安静度	1. ベッド安静 2. 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 3. 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい） 4. その他（ ）		
食 事 (昼食)	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（除去内容等： ）		
処方内容	薬品（ 有り ・ 無し ）		
	次回診療予定日 年 月 日（ ）		

【病後児保育室用】