

〈↓こちらを事前にご記入の上、医療機関へお持ちください〉

保護者記入	(ふりがな) 患者氏名	男 ・ 女	住所
	生年月日	年 月 日	緊急時に連絡が取れる電話番号
	保護者氏名		

医療機関記入 該当する番号に○で囲むか、該当項目の□にチェックしてください

病児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

病名・または症状	1. 急性上気道炎	8. インフルエンザ(A型・B型・型不明)		
	2. 気管支炎・肺炎	9. 咽頭結膜熱(アデノウィルス感染症)		
	3. 喘息・喘息様気管支炎	10. 溶連菌感染症		
	4. ヘルパンギーナ	11. 中耳炎		
	5. 感染性胃腸炎	12. 伝染性膿痂疹		
	6. 流行性耳下腺炎	13. その他 []		
	7. 水痘			
病状経過	経過	□ 月 日 午前・午後 時ごろ [症状]		
	現在の状態	□ 急性期(発熱等) □ 回復期(解熱・微熱など) □ [その他 特記すべき状態]		
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上で安静 <input type="checkbox"/> 室内安静：ベッド上での生活が基本。他児との静かな遊びは可能 <input type="checkbox"/> 室内保育：他児と室内で普通に遊んで良い			
特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 熱性痙攣 → <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> その他 </td> <td> 初回 年 月 日 今までの熱性痙攣の回数 _____ 回 坐薬の使用 あり ・ なし </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 熱性痙攣 → <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> その他	初回 年 月 日 今までの熱性痙攣の回数 _____ 回 坐薬の使用 あり ・ なし
<input type="checkbox"/> 熱性痙攣 → <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> その他	初回 年 月 日 今までの熱性痙攣の回数 _____ 回 坐薬の使用 あり ・ なし			
その他	利用に施設において、注意すべき点がございましたらご記入をお願いいたします。			

医療機関名称 _____ 年 月 日 記入

所在地 _____ 担当医師名

電話・FAX