

鎌倉市病児・病後児保育事業 利用連絡票

平成 年 月 日

(宛先)
鎌倉市病児・病後児保育事業実施施設長
鎌倉市長

医療機関
所在地 _____
名称 _____
担当医師名 _____ 印
電話番号 _____

次の患者は、病児・病後児保育事業の利用が可能と判断し、次の内容について連絡します。

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
| 患者名 | (男・女) | 生年月日 | 平成 年 月 日 (歳 か月) |
| I 病名 (該当する病名に○印をお願いします。) (複数可) | | | |
| <病名> 1 急性上気道炎 9 水痘 2 急性気管支炎 10 流行性耳下腺炎 3 喘息・喘息性気管支炎 11 溶連菌感染症 4 急性胃腸炎 12 咽頭結膜熱 5 手足口病 13 インフルエンザA型 6 RS感染症 14 インフルエンザB型 7 伝染性膿痂疹 15 風しん 8 ヘルパンギーナ 16 その他 () | | <迅速検査を行った場合は記載> インフルエンザ (+ / -) アデノウイルス (+ / -) 溶連菌 (+ / -) RSウイルス (+ / -) ロタウイルス (+ / -) その他 () | |
| ※麻しん、外来感染症等は病児・病後児保育対象外です。 | | | |
| II 症状及び経過・治療状況等 | <症状> 1 発熱 2 下痢 3 嘔吐 4 咳嗽 5 喘鳴 6 発疹 ※その他は右に詳記 | <経過・治療状況> <処方内容、薬品名、容量・用法等> | |
| III 特記すべき既往歴 | 1 あり (右に詳記) 2 なし | ① 熱性けいれん (回) ② 喘息 ③ 食物アレルギー () ④ その他 () | |
| IV 食事に関する特別な指示 | 1 なし 2 あり (右に詳細) → () | | |
| V 保育上の留意点 | 1 ベッド上安静 2 室内安静 3 室内保育 4 隔離室での保育が必要 (隔離が必要な期間: おおむね 日) | | |
| VI 利用事業 | 1 病児保育に該当します。(病気中の児童) 2 病後児保育に該当します。(病気の回復期の児童) | | |
| VII その他注意事項 | | | |

※ 各項目 該当数字に○印の上、必要に応じて記載してください。