

鎌倉市病後児保育利用連絡票

平成 年 月 日	
(あて先) 鎌倉市長 (病後児保育実施施設長)	
医療機関 所在地 名称 担当医師名 電話	
次の児童は、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(児童)名	男・女(平成 年 月 日生)
病名	
症状	発熱 嘔吐 下痢 喘鳴 咳 発疹 その他主要症状() *登園・出席停止の対象となる次の疾病は、「治癒証明書」が発行されてから病後児保育の利用ができます。 百日咳、麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、水泡、咽頭結膜熱(プール熱)、溶連菌感染症、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎、インフルエンザ
治療経過	次回診療予定:平成 年 月 日
診療形態	外来 往診 入院(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)
保育上の留意点	ベッド上安静 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 室内保育 他児童との隔離(あり・なし)
投薬(薬剤)に関する留意点	
食事に関する留意点	ミルク 牛乳 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)
病後児保育利用見込	概ね何日程度の病後児保育利用を要する見込みですか。 3日程度 1週間程度 その他(日程度)
その他の留意事項	