第２号様式（第７条）

鎌倉市病児・病後児保育事業　利用連絡票

平成　　年　　月　　日

鎌倉市長
（病児・病後児保育事業実施施設長）

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。）

〈病名〉

1	急性上気道炎	9	水痘
2	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	中耳炎	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（　　）

※麻しん、外来感染症（ジカ熱等）等は病児・病後児保育対象外です。

〈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　（　　）

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　利用施設	1　病児保育室のみ 2　病児保育室、病後児保育室　どちらも可 3　病後児保育室のみ ※　病児保育室：病気中の児童をお預かりします。 ※　病後児保育室：病気の回復期の児童をお預かりします。	
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。