

大和町病後児保育施設利用連絡票

記入日 年 月 日

大和町長 殿

医療機関所在地

名称

電話

担当医師氏名

印

診断の結果、次により、現時点での大和町病後児保育施設の利用が可能です。

1. 病気の回復期にあり、医療機関における入院治療を要しないが、集団保育が困難な状態によって、症状について、次のとおり連絡いたします。

児童氏名	(男・女)	年 月 日生()歳
児童住所		
病名・症状	1 急性上気道炎	10 麻疹
	2 気管支炎・肺炎	11 風疹
	3 喘息・喘息性気管支炎	12 水ぼうそう
	4 嘔吐下痢症	13 インフルエンザ
	5 感染性胃腸炎（ロタ・ノロ）	14 流行性耳下腺炎
	6 周期性嘔吐症（自家中毒症）	15 咽頭結膜熱
	7 突発性発疹症	16 百日咳
	8 手足口病	17 結核
	9 伝染性膿痂疹	18 溶連菌感染症
	19 その他（病名：) （病状：)	
診療形態 （おもな症状）		
既往歴，治療及び 症状経過		
現在の投薬処方		
保育上の留意点		

※医療機関の方へ この連絡票は医療保険上の「B009 診療情報提供料（I）」で対応願います。
病後児保育施設のため、急性期の保育は出来ません。回復期のみ利用となります。