

病児保育家庭医連絡票

年 月 日

(宛先) 岩沼市長 (実施施設の長) 殿

医療機関の所在地及び名称

電話番号

担当医師 氏名

㊞

次の児童について、病児保育が適当であると認められるので連絡いたします。

氏名	男・女	年 月 日 () 歳
住所	岩沼市	電話番号
病名	1 急性上気道炎 2 気管支炎・肺炎 3 喘息・喘息性気管支炎 4 嘔吐下痢症 5 感染性胃腸炎 6 周期性嘔吐症(自家中毒症) 7 突発性発疹 8 手足口病 9 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	10 麻疹(はしか) 11 水痘(水ぼうそう) 12 風しん 13 インフルエンザ 14 溶連菌感染症 15 中耳炎 16 膿痂疹 17 結膜炎(はやり目等も含む) 18 その他()
	<病名不明のとき> 18 発熱 19 下痢 20 嘔吐 21 咳嗽 22 喘鳴 23 発疹	
病状	1 急性期(発熱等)	2 回復期(下熱・微熱等)
安静度	1 ベッド上安静 2 隔離室で隔離 3 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 4 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)	
食事(昼食)	ミルク・牛乳のみ・離乳食(初期・中期・後期・完了期) 幼児食 ・ 普通食 下痢食・アレルギー食 (除去内容)	
処方内容(指示等)		
医師所見		

次回診察予定日 月 日 ()

備考 医療機関の方へ 家庭医連絡票の記入は、医療保険上の「B009診療情報提供料(I)」で対応願います。