

★診察を受けた医療機関に記入してもらって下さい。

利用連絡書

(医療機関用)

病児保育稲佐ふみキッズ 殿

病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

年 月 日

医療機関名

医師名

印

児 童 氏 名	男・女	生年月日	年 月 日
児童の症状（該当するものに○印をつけてください。）			
1 感冒・感冒様症候群 2 咽頭炎 3 扁桃膜炎 4 気管支炎 5 喘息・喘息性気管支炎 6 胃腸炎 7 中耳炎・外耳炎 8 結膜炎（流角結を含む） 9 膿痂疹		10 突発性発疹症 11 手足口病 12 流行性耳下腺炎 13 麻疹 14 水痘 15 百日咳 16 風疹 17 その他	<病名不明の時> a 発 熱 b 下 痢 c 嘔 吐 d 咳 嗽 e 喘 鳴 f 発 疹
安 静 度	該当するものに○印をつけてください。 1 ベット上安静 2 隔離室で隔離 3 室内安静（ベットでの生活が主、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）	該当するものに○印をつけてください。 ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期）・幼児食 ・普通食 下痢食・アレルギー食（除去内容)		
処 方 内 容			
備 考			