

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

医療機関

（病児・病後児保育事業実施施設長）

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〉		〈迅速検査を行った場合は記載〉		
1	急性上気道炎	9	水痘	インフルエンザ （ + / - ）
2	気管支炎	10	流行性耳下腺炎	アデノウイルス （ + / - ）
3	喘息・喘息性気管支炎	11	溶連菌感染症	溶連菌 （ + / - ）
4	急性胃腸炎	12	咽頭結膜熱	RSウイルス （ + / - ）
5	手足口病	13	インフルエンザA型	ロタウイルス （ + / - ）
6	中耳炎	14	インフルエンザB型	その他 （ ）
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。				
II 症状及び経過・治療状況等	〈症状〉	〈経過・治療状況〉		
	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	〈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。