

東北町病後児保育利用医師連絡票

東北町長 殿

令和 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話 番 号

担当医師名

印

東北町病後児保育事業の利用について、病気の回復期であることを認め、以下のとおり連絡します。

児 童 氏 名	令和・平成 年 月 日生 (歳) 男・女 【発症日】 年 月 日
利 用 事 業	病後児保育事業
主 な 症 状	(当てはまるものに✓をつけ、必要に応じてご記入ください。) <input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎・肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 細菌性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染症紅斑(リンゴ病) <input type="checkbox"/> その他()
特 記 す べ き 既 往 歴	(当てはまるものに✓をつけ、必要に応じてご記入ください。) <input type="checkbox"/> 有 熱性けいれん (回) <input type="checkbox"/> 無 喘息 食物アレルギー() <input type="checkbox"/> 不明 その他()
実 施 し た 迅 速 検 査	(当てはまるものに✓をつけ、必要に応じてご記入ください。) <input type="checkbox"/> インフルエンザ (+ -) <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス (+ -) <input type="checkbox"/> その他()
投 薬 状 況 経 過 等	
そ の 他 の 注 意 事 項	
保 育 上 の 留 意 点	(当てはまるものに✓をつけ、必要に応じてご記入ください。) <input type="checkbox"/> 特に制限は必要ない <input type="checkbox"/> 隔離が必要 <input type="checkbox"/> ベッドで安静 <input type="checkbox"/> 室内安静(静かな遊び可) <input type="checkbox"/> その他()

※ 医療機関の皆様へ

- ・ この連絡票の作成による料金は、**保険診療(診療情報提供料I)**の扱いとなります。
- ・ **病後児保育が利用できるのは、病気の回復期**の場合です。**急性期**の場合は**利用できません**のでご注意ください。