益城町病児・病後児保育事業病状連絡票

年 月 日

益城町長 様（実施施設経由）

医療機関名

所在地

電話

医師名

印

益城町病児・病後児保育事業の利用について、下記のとおり連絡します。

保護者記入欄	(ふりがな) 児童氏名	生年 月日	年 月 日 (歳 か月)
	住所		
	保護者氏名	電話 番号	- -

主治医記入欄	受診日	年 月 日	
	病名 (該当に○)	01 百日せき 02 麻しん 03 風しん 04 水痘 05 流行性耳下腺炎 06 突発性発疹 07 手足口病 08 アデノウイルス感染症 09 ヘルパンギーナ 10 じん麻疹	11 伝染病紅斑 12 アトピー性皮膚炎 13 膿痂疹 14 熱性けいれん 15 気管支喘息 16 肺炎・気管支炎 17 R Sウイルス感染症 18 嘔吐下痢症 19 インフルエンザ 20 ロタウイルス感染症
		その他 ()	
	伝染の危険性	☐ なし ☐ あり ()	
	投薬上の注意	☐ なし ☐ あり (☐ 食前 ☐ 食後 ☐ 指定時間 時間毎)	
	安静度 (該当に○)	1 ベッドで安静 2 完全隔離保育が必要 3 室内で安静 (ベッド上生活が主だが、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)	
その他連絡事項			

※上記は診療情報提供書（I）注2（保険点数250点）が適用されます。月1回は健康保険適用となります。同月内の2回目以降は利用者に経費が発生する場合があります。