**大田区病児・病後児保育事業利用連絡票（医師連絡票）**

第１号様式

 **年　　月　　日**

**大田区病児・病後児保育事業の利用にあたり、下記の点について連絡します。**

|  |  |
| --- | --- |
| **児童名** |  |

**（病児・病後児保育を必要とする現在の状態について）下記の病名・病状番号に○印をつけて下さい。**

**０１ 感冒・感冒様症候群　　　　０２ 咽頭炎　　　　　　　　　　０３ 扁桃炎**

**０４ 気管支炎　　　　　　　　 ０５ 喘息　　　　　　　　　　　０６ 喘息性気管支炎**

**０７ 消化不良症　　　　　　　　０８ 感冒性嘔吐症　　　　　　　０９ 感染性胃腸炎**

**１０ 中耳炎・外耳炎　　　　　　１１ 結膜炎（流角結を含む）　　１２ 膿痂疹（とびひ）**

**１３ 突発性発疹症　　　　　　　１４ 手足口病　　　　　　　　　１５ 伝染性紅斑（りんご病）**

**１６ 流行性耳下腺炎　　　　　　１７ 麻疹　　　　　　　　　 　 １８ 水痘**

**１９ 百日咳　　　　　　　　　　２０ 風疹　　　　　　　　　　　２１ 溶連菌感染症**

**＜病名不明のとき＞**

**２２ 発熱　　　　　　　　　　　２３ 下痢　　　　　　　　　　　２４ 嘔吐**

**２５ 咳嗽　　　　　　　　　　　２６ 喘鳴 　　　　　 　　 ２７ 発疹**

**２８ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |
| --- | --- |
|  **症状（○印）** | **１ 急性期　　　２ 回復期** |
| **安静度（○印）** | **１ ベッド上で安静　　　２ 隔離室で隔離****３ 室内で安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可）****４ 室内で保育（他児と室内で普通に遊んでよい）** |
| **食事（昼食）****（○印）** | **ミルク　・　牛乳のみ　・　離乳食（前期・中期・後期）　・　幼児食****下痢食　・　アレルギー食（除去内容　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **処　方　内　容** |  |
| **次回診察予定日** | **月　　　日** |
| **医療機関** | **所在地****名称****医師名** |

**以下は、児童の保護者様がご記入ください。**

**基礎疾患(既往歴、**

**現在通院中の疾患等)**

**（○印）**

**有　・　無**

**（有の場合）**

**疾患名：**

**診断・治療を受けた病院名：**

**現在の状況**

**（○印）**

**治療中（治療法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**経過観察中　　　現在通院していない**

**＊この様式については、今後変更となる場合があります。**