

利用連絡書（医療機関用）

実施施設の長 様

病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 _____ ⑩

児 童 氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日
診断名 または 推定される病名： _____			
行った検査に☑をいれてください <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 画像検査（ 胸部 腹部 その他 ） <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> マイコプラズマ <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス <input type="checkbox"/> アデノウイルス <input type="checkbox"/> A群β溶連菌 <input type="checkbox"/> ノロウイルス <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> アデノウイルス（便） その他（ _____ ）		現在認める症状に☑を いれてください <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 活気不良	
安 静 度	<input type="checkbox"/> 隔離室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静（布団やベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） <input type="checkbox"/> 室内保育（普通に遊んでよい）		
食 事 （昼食）	<input type="checkbox"/> ミルク食 <input type="checkbox"/> 持参食（アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり） ※除去している食べ物があれば記載してください		
処 方 内 容			
備 考			