病名および病状連絡票

登録番号	※	No.	※

H　　年　　月　　日

医療法人あらかわ医院　宛て

氏　名　　印

下記内容については、主治医と相談の結果、病児・病後児保育室の利用が必要と判断されたものに相違ありません。
尚、当該保育室利用時に、貴院が児童の健康状態、病状等を主治医に確認することを承諾します。

主治医名:　　医院名:　　電話番号:

症状等

下記の病名・症状に〇印を付けてください。

01　感冒・感冒様症候群	11　膿痂疹	21　その他	病名不明のとき
02　咽頭炎	12　突発性発疹症	（　　）	22　発熱
03　扁桃腺炎	13　手足口病		23　下痢
04　気管支炎	14　伝染性紅斑		24　嘔吐
05　ぜんそく・ぜんそく性気管支炎	15　流行性耳下腺炎		25　咳嗽
06　消化不良症	16　麻疹		26　喘鳴
07　感冒性嘔吐症	17　水痘		27　発疹
08　自家中毒症	18　百日咳		
09　中耳炎・外耳炎	19　風疹		
10　結膜炎（流角結を含む）	20　インフルエンザ		

症　状 （〇印）	1.　急性期（　発熱等　） 2.　回復期（　解熱　・　微熱等　） 3.　その他（　　）
安静度 （〇印）	1.　他児との隔離が必要 2.　ベッド上で安静 3.　室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 4.　室内保育（他児と室内でふつうに遊んでよい）
食　事 （〇印）	ミルク　・　離乳食（　初期　／　中期　／　後期　）　・　幼児食　・　かゆ食　・　うどん アレルギー食（除去内容　　）　・　制限なし
薬の処方内容	
備　考	病児および病後児保育の必要日数　（　　）　日 その他（注意事項）