

第5号様式（第7条関係）

座間市病後児保育事業医師連絡票（医療機関記入）

（利用申込書と一緒に提出して下さい）

年 月 日

（あて先）座間市長

（実施施設長）

医療機関 所在地

名称

担当医師名

電話番号

右の児童は、病後児保育室の利用が可能と
思われますので連絡します。

	児童名
--	-----

病名	（注）登園停止の対象となる次の疾病は、 <u>治癒してから</u> 病後児保育室の利用となります。 百日咳、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、咽頭結膜熱（プール熱）、水痘 流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎、溶連菌感染症、インフルエンザ	
症状	発熱 嘔吐 下痢 喘鳴 咳嗽 発疹 その他主要症状（ ）	
処方内容		
保育上の留意点	* 安静室に隔離 * ベッド上安静 * 室内安静（ベッド上での生活が主、静かな遊びは可） * 室内保育（室内で普通に遊んでよい）	
食事	離乳食 ・ 普通食 ・ 下痢食 ・ その他（ ） アレルギー食（除去内容： ）	
病後児保育利用見込	概ね何日程度の病後児保育利用を要する見込みですか？	* 3日程度 * 1週間程度 * その他（ 日程度）
その他の留意事項		