

## 千代田区病後児保育利用連絡票

**【保護者記載】**

児 童 名

保護者名

生年月日 平成 年 月 日

住 所 千代田区

利用予定日

**【医師記載】**

傷 病 名	該当する病名・病状に○印又はご記入をお願いします。 1.感冒・感冒様症候群・咽頭炎 2.扁桃腺炎 3.気管支炎 4.嘔吐下痢症 5.喘息・喘息様気管支炎 6.自家中毒症 7.中耳炎・外耳炎 8.結膜炎 9.手足口病 10.伝染性紅斑 11.流行性耳下腺炎 12.麻疹 13.水痘 14.風疹 15.とびひ 16.プール熱 17.ヘルパンギーナ 18.突発性発疹 19.溶連菌感染症 20.インフルエンザ(A・B) 21.骨折 22. その他( )		
病 状	経過や現在の状態について、ご記入をお願いします。 ※病日 日 日 <hr/> <hr/> <hr/> 感染症の場合は、1又2に○印を、2の場合は利用が可能となる年月日の記入をお願いします。 ※病後児保育室には感染隔離室はありません 1. 感染のおそれがないため、本日から利用できる。 2. 現時点では感染のおそれがあるが、 年 月 日以降であれば、利用できる。		
食 事	該当する項目に○印及び、ご記入をお願いします。 1. 普通食 2. 胃腸食 3. 離乳食(前期・中期・後期) 4. ミルクのみ 5. アレルギー食(除去内容: ) ※留意点:		
処 方 内 容	薬 品 名	容 量	用 法

平成 年 月 日

当該児童については、病気の回復期にあり、上記記載のとおり千代田区病後児保育の利用が可能と思われます。

医療機関名

医 師 名

印

所 在 地

電 話