

## 鎌倉市病児・病後児保育事業 利用連絡票

年 月 日

(宛先)  
鎌倉市病児・病後児保育事業実施施設長  
鎌倉市長

医療機関

所在地 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

次の患者は、病児・病後児保育事業の利用が可能と判断し、次の内容について連絡します。

患者名	(男・女)	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
I 病名 (該当する病名に○印をお願いします。) (複数可)			
〈病名〉		〈迅速検査を行った場合は記載〉	
1 急性上気道炎	9 水痘	インフルエンザ	( + / - )
2 急性気管支炎	10 流行性耳下腺炎	アデノウイルス	( + / - )
3 喘息・喘息性気管支炎	11 溶連菌感染症	溶連菌	( + / - )
4 急性胃腸炎	12 咽頭結膜熱	RSウイルス	( + / - )
5 手足口病	13 インフルエンザA型	ロタウイルス	( + / - )
6 RS感染症	14 インフルエンザB型	その他 ( )	
7 伝染性膿痂疹	15 風しん		
8 ヘルパンギーナ	16 その他 ( )		
<small>※麻疹、外来感染症等は病児・病後児保育対象外です。</small>			
II 症状及び経過・治療状況等	〈症状〉 1 発熱 2 下痢 3 嘔吐 4 咳嗽 5 喘鳴 6 発疹 ※その他は右に詳記	〈経過・治療状況〉  〈処方内容、薬品名、容量・用法等〉	
III 特記すべき既往歴	1 あり (右に詳記) 2 なし	① 熱性けいれん ( 回) ② 喘息 ③ 食物アレルギー ( ) ④ その他 ( )	
IV 食事に関する特別な指示	1 なし 2 あり右に詳細) → ( )		
V 保育上の留意点	1 ベッド上安静 2 室内安静 3 室内保育 4 隔離室での保育が必要 (隔離が必要な期間: おおむね 日 )		
VI 利用事業	1 病児保育に該当します。(病気中の児童) 2 病後児保育に該当します。(病気の回復期の児童)		
VII その他注意事項			

※ 各項目 該当数字に○印の上、必要に応じて記載してください。