

年 月 日

病児・病後児保育 医師連絡票

(実施事業者) 様

(医療機関) 所在地
 名称
 電話
 F A X
 担当医師名

下記の患者について、西尾市病児・病後児保育事業の利用対象にあたりと認められますので、次のとおり状況についてご連絡します。

患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日生(歳)
患者住所	西尾市			
連絡先	()	保護者名		
病名・症状 (○をつける)	1 喉咽頭炎	8 水痘	15 麻疹	
	2 気管支炎・喘息様気管支炎	9 流行性耳下腺炎	16 風疹	
	3 扁桃炎	10 ヘルパンギーナ	17 百日咳	
	4 肺炎	11 咽頭結膜熱(プール熱)	18 中耳炎・外耳炎	
	5 感染性胃腸炎	12 流行性角結膜炎(はやり目)	19 濃痂疹	
	6 突発性発疹症	13 手足口病	20 喘息発作	
	7 インフルエンザA・B	14 伝染性紅斑(りんご病)	21 ()	
	(病名不明) 22 発熱 23 下痢 24 嘔吐 25 咳嗽 26 喘鳴 27 発疹			
	28 外傷 ()			
診療形態	1 外来 2 入院(年 月 日～ 年 月 日)			
疾病状況	1 治癒見込期間(月 日 ～ 月 日) 2 病気回復期			
既往歴、治療経過及び症状経過				
投薬処方				
保育上の留意点	1 ベッド上安静 2 安静室で隔離 3 室内安静(ベッド生活が主、他児との静かな遊び可) 4 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)			
その他の留意点				

※この連絡票は文書料として300円(税込み)を医療機関にお支払ください。

かかりつけ医
診 察 医 様

平素は、西尾市の保育行政に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、西尾市では病気回復期の乳幼児（病後児）および病気回復期に至らない乳幼児（病児）を対象として、施設で一時的にお預かりする「西尾市病児・病後児保育事業」を実施しております。

つきましては、この事業を実施するにあたりまして「病児・病後児保育医師連絡票」を保護者が持参いたしましたら、お手数ですが連絡票にあります各事項にご記入いただきますよう、お願いいたします。

本事業における病児につきましては、かかりつけ医等の判断により治癒見込期間を記入していただきたいと考えております。なお、病児の対象施設は医療機関型となっておりますので、必要に応じて医師の診察または医師から連絡させていただく場合もありますのでご理解、ご了承いただきますよう、よろしくお願いいたします。

西尾市子ども部保育課

(裏面)