

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

FAX

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。

〈保護者記入欄〉

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		

〈医療機関記入欄〉 ※該当する□に✓をつける。

病名・症状	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> 喉咽頭炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 扁桃炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> インフルエンザA・B <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱) <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	(病名不明) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹			
	<input type="checkbox"/> 外傷 ()			
疾病状況	<input type="checkbox"/> 急性期 <input type="checkbox"/> 回復期 (入院していた場合: 年 月 日～ 年 月 日)			
既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
投薬の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
処方内容	<input type="checkbox"/> お薬手帳など参照※必ず投薬処方が分かるものをこの連絡票と一緒に持参するよう保護者にお伝えください。 <input type="checkbox"/> その他 ()			
保育上の留意点	<input type="checkbox"/> 室内安静 (ベッド生活が主、他児との静かな遊び可) <input type="checkbox"/> 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)		<input type="checkbox"/> 安静室で隔離 <input type="checkbox"/> ベッド上安静	
その他留意点				

※この連絡票は西尾市内医療機関では文書料として300円(税込み)をお支払いください。市外の医療機関ではこの限りではありません。

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。また、処方内容について「お薬手帳など参照」にチェックをされた場合は、お薬手帳など投薬処方がわかるものを連絡票と一緒に施設に持参するように保護者にお伝えください。

なお、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)