

現 症 連 絡 票

木城町病児・病後児保育室 様

木城町病児・病後児保育事業の利用について、下記のとおり連絡します。

| | | | | | |
|------|--|----|-----|------|--------|
| 児童氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生 |
|------|--|----|-----|------|--------|

| | | |
|---------------|---|---|
| 病名・病状 (○印) | 1 感冒・感冒様症候群 2 咽頭炎 3 扁桃腺炎 4 急性気管支炎 5 喘息・喘息性気管支炎 6 感染性胃腸炎 7 中耳炎・外耳炎 8 結膜炎（流角結を含む） 9 膿痂疹（とびひ） 10 突発性発疹症 その他の病名（ ） 病名不明時の症状（ ） | 11 手足口病 12 ヘルパンギーナ 13 伝染性紅斑（りんご病） 14 流行性耳下腺炎 15 麻疹 16 水痘 17 百日咳 18 風疹 19 インフルエンザ（ ）型 20 溶連菌感染症 |
| 安静度 (○印) | 1 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい） 2 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 3 隔離室で保育 4 隔離室で安静 | |
| 検査・処理 (○印) | 1 採血 2 検尿 3 便潜血 4 レントゲン その他の処置など（ ） | 5 吸入・吸引 6 点滴 7 インフルエンザ 陽性・陰性 8 溶連菌 陽性・陰性 |
| 処方箋 (○印) | 1 抗生物質 2 去痰剤 3 鎮咳剤 4 気管支拡張剤 5 止瀉薬 ・外用薬（ ） ・その他（ ） | |
| 指示事項 (○印) | 1 状態変化時連絡 2 消化のよい食事 3 水分補給 4 クーリング その他（ ） | |
| 備考 (○印) | 1 翌日以降も病児・病後児保育が必要（ ）日程度） 2 翌日は保育園復帰可能 | |

年 月 日

所在地
医療機関名
医師名
電話番号