病後児保育医師連絡票

年　　月　　日

社会福祉法人　宮城厚生福祉会
下馬みどり保育園長　　宛て

医療機関の所在地
名称
電話番号
診療医師名　　印

下記の児童について、病後児保育が適当であると認められるので連絡いたします。

氏　名		生年月日	年　　月　　日　　歳
病　名	1　感冒・感冒様症候群 2　咽頭炎 3　扁桃腺炎 4　気管支炎 5　喘息・喘息様気管支炎 6　消化不良 7　感冒性嘔吐症 8　自家中毒症 9　中耳炎・外耳炎 10　結膜炎（はやり目を含む） 11　とびひ	12　突発性発疹症 13　手足口病 14　りんご病 15　流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 16　麻しん（はしか） 17　水痘（みずぼうそう） 18　百日咳 19　風しん 20　インフルエンザ 21　溶連菌感染症	
病　状	22　発熱 23　下痢 24　嘔吐	25　咳 26　喘鳴 27　発疹	
安静度	1　室内安静（他児との静かな遊びは可） 2　室内保育		
食　事	1　ミルク　　2　離乳食　　3　普通食　　4　下痢配慮食 5　アレルギー食（除去内容　　）		
配慮事項がある場合は記入			