

様式第3号（第10条関係）

病児等の預かりに関する医師連絡票

病児・病後児の預かりの利用が適当と認められるため、次のとおり連絡します。

（ファミリー・サポート・センター事業では、一部お預かりできない病名があります。）

児 童 氏 名		性別	男・女
児童の生年月日	年 月 日		
該当する病名又は症状（該当項目に○）			
1 急性上気道炎	9 感染性胃腸炎		
2 気管支炎・肺炎	10 風疹		
3 喘息・喘息様気管支炎	11 インフルエンザ		
4 嘔吐下痢症	12 溶連菌感染症		
5 周期性嘔吐症（自家中毒）	13 百日咳		
6 突発性発疹	14 咽頭結膜熱		
7 中耳炎・外耳炎	15 その他（	）	
8 流行性耳下腺炎			
既往歴、治療経過 及び症状経過			
現在の投薬処方			
利用上の留意事項			
保育に関する意見	病児・病後児の預かりが必要 月 日 から 月 日まで（ 日間） ※病児保育施設利用の場合は7日間が限度		
症状・預かりの適正 （該当項目に○）	病児	症状の急変が認められないが、 病気の回復期に至っていない	病児保育施設
			ファミリー・サポート・センター事業
	上記のいずれの預かり も可能である。		
病後児	病気の回復期にあるが、集団 保育が困難である	ファミリー・サポート・センター事業	
安静度 （該当項目に○）	1 ベッド上安静 2 隔離室で他児と隔離 3 室内安静（ベッドでの生活が主で、他児との静かな遊びが可能） 4 室内保育（他児と室内での普通な遊びが可能）		
その他指示			次回診察予定日 月 日（ ）

年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名

