

連絡票

年 月 日

(あて先) 認定こども園しょうえい幼稚園

医療機関 所在地
名称
電話番号
担当医師 氏名

印

次の児童は、病児保育の利用が可能と判断し、次の内容について連絡します。

氏名	生年月日	年	月	日生
		(歳	か月)
次の病名・病状の番号に○印をご記入下さい。(複数可)				
1 感冒・感冒症候群	11 膿痂疹	＜主な症状＞ 20 発熱 (°C) 21 下痢 22 嘔吐 23 咳嗽 24 喘鳴 25 発疹 26 その他 ()		
2 咽頭炎	12 手足口病			
3 扁桃腺炎	13 伝染性紅斑(リンゴ病)			
4 気管支炎	14 流行性耳下腺炎			
5 喘息・喘息性気管支炎	15 水痘			
6 感染性胃腸炎	16 溶連菌感染症			
7 感冒性嘔吐症	17 アデノウイルス感染症			
8 中耳炎・外耳炎	18 ロタウイルス感染症			
9 結膜炎	19 その他			
10 突発性発疹	()			
病状(番号に○)	1 急性期	2 回復期		
安静度(番号に○)	1 ベッド上安静 2 室内安静 3 室内保育 4 その他()			
処方内容				
保育の注意事項				

※連絡票の有効期間は記入日を含め7日間になります。