

【様式第3号】

情報提供書

年 月 日

大町市病児・病後児保育室 殿

医療機関  
所在地  
電話番号  
FAX  
医師名

病児・病後児保育室の利用について、下記のとおり連絡します。

児童氏名							
下記の病名・症状に○印をつけてください							
1	感冒・感冒様症候群	11	膿 痂 疹	21	発 熱		
2	咽 頭 炎	12	突 発 性 発 疹 症	22	下 痢		
3	扁 桃 腺 炎	13	手 足 口 病	23	嘔 吐		
4	気 管 支 炎	14	伝染性紅斑(りんご病)	24	咳嗽(カ`イウ)		
5	ぜんそく・ぜんそく性気管支炎	15	流 行 性 耳 下 腺 炎	25	喘鳴(ゼンメイ)		
6	消 化 不 良 症	16	麻 疹	26	発 疹		
7	感 冒 性 嘔 吐 症	17	水 痘				
8	自 家 中 毒	18	百 日 咳				
9	中 耳 炎 ・ 外 耳 炎	19	風 疹				
10	結膜炎(流角結を含む)	20	インフルエンザ	30	その他		

病状	1 急性期(発熱等)	2 回復期
安静度	1 ベッド上安静	2 隔離室で隔離
	3 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可能)	
	4 室内保育(他児と室内で遊んでよい)	
食事	ミルク ・ 牛乳のみ ・ 離乳食(前期・中期・後期) ・ 幼児食 下痢食 ・ アレルギー食(除去食)	

医師 所見	
----------	--