

- 明星保育園病後児保育室プーさんルーム宛 1
中居林保育園病後児保育室すくすくバンビーノ宛 2
南売市保育園病後児保育室マリーゴールド宛 3
村上こども医院病児保育室きしゃぼっぽ宛 4
滝沢小児科内科医院病児保育室ひまわり宛 5

〔 利用施設の番号に○をしてください。 〕

八戸市病児・病後児保育室利用連絡票

利用者名 _____ 平成・令和 年 月 日生

住所 八戸市 _____

この利用希望者は診察の結果、下記の病気の急性期または回復期にあり、現時点では病児・病後児保育室の利用が適当と思われます。ただし、これは診断書ではありません。病名、病状、薬は次のとおりです。

該当する病名・病状に○印をお願いします

1	急性上気道炎	11	突発性発疹症	<病名不明のとき>
2	急性咽頭炎・扁桃腺炎	12	手足口病	21 発熱
3	急性気管支炎	13	伝染性紅斑	22 下痢
4	喘息・喘息様気管支炎	14	流行性耳下腺炎	23 嘔吐
5	急性胃腸炎	15	麻疹	24 咳嗽
6	嘔吐・下痢症	16	水痘	25 喘鳴
7	自家中毒症	17	百日咳	26 発疹
8	中耳炎・外耳炎	18	風疹	27 痙攣（有熱・無熱）
9	結膜炎（流行性角結膜炎を含む）	19	インフルエンザ（A・B）	28 その他
10	膿痂疹	20	溶連菌感染症	（ ）

病児保育室利用見込み期間（回復期間） 本日より 日間程度（限度7日）

食事	普通食・胃腸食・離乳食・ミルクのみ アレルギー食(除去内容) 留意点 ()
----	---

病院や薬局からの薬の説明書やお薬手帳がある場合はそれを見せるよう保護者にお話ください。

	薬品名	用量	用法
処方内容			

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印