

第5号様式（第7条関係）

座間市病児・病後児保育事業医師連絡票（医療機関記入）  
（利用申込書と一緒に提出してください。）

年 月 日

（宛先）座間市長  
（実施施設長）

医療機関 所在地

名称

担当医師名

電話番号

右の児童は、病児・病後児保育室の利用が可能と思われるので連絡します。

児童名	
-----	--

病名	（注）登園停止の対象となる次の疾病は、治癒してから病児・病後児保育室の利用となります。  百日咳、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘、流行性結膜炎、急性出血性結膜炎、インフルエンザ、結核、新型コロナウイルス感染症、腸管出血性大腸菌感染症	
症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他主要症状（ ）	
処方内容		
保育上の留意点	＊ 安静室に隔離 ＊ ベッド上安静 ＊ 室内安静（ベッド上での生活が主、静かな遊びは可） ＊ 室内保育（室内で普通に遊んでよい）	
食事	離乳食 ・ 普通食 ・ 下痢食 ・ その他（ ） アレルギー食（除去内容： ）	
病後児保育利用見込	おおむね何日程度の病児・病後児保育利用を要する見込みですか。	＊ 3日程度 ＊ 1週間程度 ＊ その他（ 日程度）
その他の留意事項		