病児・病後児保育事業　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　H30.2改訂

川　　崎　　市　　主治医指示書

医療機関記入日時　　　　年　　月　　日

記入医療機関 所在地

名称

担当医師氏名 印

電話番号

FAX番号

病児・病後児保育の利用にあたり、下記のとおり状況についてお知らせします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者記入欄 |  |  | | | | 性別 | 男・女 |
| 児童生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日生（　　　　歳　　　か月） | | | | | |
| 児童住所 |  | | | | | |
| 保護者氏名 |  | | 電話番号 |  | | |
| 医療機関記入欄 | 傷病名 | 101 咽頭炎・上気道炎 | 601 水痘 | | | | |
| 102 喉頭炎 | 701 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) | | | | |
| 201 気管支炎 | 703　百日咳 | | | | |
| 301 喘息・喘息性気管支炎 | 704 風疹様症候群 | | | | |
| 402 感染性胃腸炎(嘔吐・下痢) | 705 溶連菌感染症 | | | | |
| 501 中耳炎・外耳炎 | 709　咽頭結膜熱(アデノウイルス感染症) | | | | |
| 502 結膜炎 | 710 インフルエンザ(A・Ｂ・不明) | | | | |
| 503 伝染性膿痂疹 | 711 RＳウイルス感染症 | | | | |
| 505 手足口病 | 801 その他(　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 506 ヘルパンギーナ |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| 主な症状 | 901発熱 (　　月　　日〜　　)　902下痢 (　　月　　日〜　　)　903嘔吐 (　　月　　日〜　　)  904咳嗽 (　　月　　日〜　　)　905喘鳴 (　　月　　日〜　　)　906発疹 (　　月　　日〜　　)  90７その他経過など | | | | | |
| 隔離の必要性 | 1. 必要 2. 不要 | | | | | |
| 食事(昼食) | 粉乳　・　牛乳　・　離乳食  常食・全粥軟菜・5分粥（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  アレルギー食（除去内容等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 処方内容  (写しなど添付可) | 処方された、すべての薬を記入してください。 | | | | | |
| その他連絡事項  　安静・特異体質  　など |  | | | | | |

2024.1改訂

結核・麻疹・流行性角結膜炎・疥癬は施設の利用はできません。　　　　　　　　　　　　　　　　　 （　該当事項に◯　)