病児・病後児保育事業

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	児童氏名（フリガナ）		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 102　喉頭炎 201　気管支炎 301　喘息・喘息性気管支炎 402　感染性胃腸炎(嘔吐・下痢) 501 中耳炎・外耳炎 502　結膜炎 503　伝染性膿痂疹 505　手足口病 506　ヘルパンギーナ 601　水痘 701　流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 703　百日咳 704　風疹様症候群 705　溶連菌感染症 709　咽頭結膜熱(アデノウイルス感染症) 710　インフルエンザ(A・B・不明) 711　RSウイルス感染症 801　その他(　)
	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	施設職員が処方内容を確認するため、全ての薬を記入もしくは写し等を添付してください。
	その他連絡事項 安静・特異体質 など	

2026.4 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○ ）