

病児・病後児保育 利用連絡書

ことりの保育園施設長 宛

利用児童名	男・女	生年月日 年 月 日 (歳 か月)
住 所		

※太線枠内は保護者の方が事前に記入し、医療機関へご持参ください。

病児・病後児保育事業利用にあたり必要な情報について、下記の通り連絡します。

病名・症状	☐ 上気道炎 ☐ 肺炎 ☐ 手足口病 ☐ 扁桃炎 ☐ 気管支喘息 ☐ 咽頭結膜炎 ☐ クループ症候群 ☐ 胃腸炎 ☐ 中耳炎 ☐ ヘルパンギーナ ☐ 気管支炎 ☐ 流行性耳下腺炎 ☐ その他 ()	
	【原因菌・原因ウイルス】 ☐ 溶連菌 (+ -) ☐ Flu A・B (+ -) ☐ ノロ (+ -) ☐ RS (+ -) ☐ マイコプラズマ (+ -) ☐ ロタ (+ -) ☐ アデノ (+ -) ☐ hMPV (+ -) ☐ その他 ()	
	(病名不明) ☐ 発熱 ☐ 下痢 ☐ 嘔吐 ☐ 咳嗽 ☐ 喘鳴 ☐ 発疹	
期間	年 月 日～ 年 月 日 (最長1週間)	
病児・病後児区分	☐ 病児：急性期 (発熱等) ☐ 病後児：回復期 (解熱等)	
隔離の必要性 ※任意	☐ 必要 ☐ 不要	
その他 配慮を要する事項等	特に注意すべき事柄や指示がありましたら、ご記入願います。	

医療機関名	年 月 日
医師名	

病児・病後児保育連絡ノート（※病児・病後児保育利用当日に提出）

利用日：令和 年 月 日

[illegible]