

川南町病児・病後児保育事業
現 症 連 絡 票

川南町長 様

本児童は、病気の回復期には至っていないが当面症状の急変の恐れがない状態又は病気の回復期にあり、集団保育を受けることが困難な状態と判断しました。また、川南町病児・病後児保育事業の利用についても可能であると判断しましたので、次のとおり連絡します。

（病児・病後児）どちらかに○をしてください。

児童氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

病名 (○印)	1. 咽頭・喉頭炎 2. 扁桃腺炎 3. 急性気管支炎 4. 喘息・喘息性気管支炎 5. 感染性胃腸炎 6. 中耳炎・外耳炎 7. 結膜炎（流角結を含む） 8. 膿痂疹	9. 突発性発疹 10. 手足口病 11. ヘルパンギーナ 12. 伝染性紅斑（りんご病） 13. 流行性耳下腺炎 14. 水痘 15. 百日咳 16. インフルエンザ（ ）型	17. 溶連菌感染症 18. RSウイルス感染症 19. アデノウイルス感染症 20. マイコプラズマ感染症 21. ロタウイルス感染症 22. その他の病名（ ） ※病名不明時の症状（ ）
症状 (○印)	1. 咳 2. 熱 3. 痛み（部位 ） 4. 痒み（部位 ） 5. 発疹（部位 ） 6. ほてり 7. その他（ ）		
安静度 (○印)	1. 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい） 2. 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 3. 隔離室で保育 4. 隔離室で安静		
実施した 検査・処置 と結果 (○印)	1. 採血 2. 検尿 3. 便潜血 4. レントゲン 5. 吸入・吸引 6. 点滴	7. インフルエンザ 8. 溶連菌 9. RSウイルス 10. アデノウイルス 11. マイコプラズマ 12. ロタウイルス ※その他の処置など（ ）	陽性・陰性 陽性・陰性 陽性・陰性 陽性・陰性 陽性・陰性 陽性・陰性
処方された 薬の内容 (○印)	1. 抗生物質 2. 去痰剤 3. 鎮咳剤 4. 気管支拡張剤 5. 止瀉薬 6. 整腸剤 7. 解熱剤	8. 抗けいれん剤 9. 抗ウイルス製剤 10. 抗ヒスタミン剤 11. 抗アレルギー剤 10. 制吐剤 11. 外用薬（ ） ※その他（ ）	
指示事項 (○印)	1. 状態変化時連絡 2. 消化の良い食事 その他（ ）	3. 水分補給 4. クーリング	

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 所在地（ ）

医療機関名（ ）

医師名（ ）

T E L（ ）

印