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）どちらかに〇をしてください。

児童氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　　年　　月　　日生

病名 （〇印）	1.感冒　9.結膜炎（流角結を含む）　17. 溶連菌感染症 2.咽頭・喉頭炎　10.膿痂疹　18. RS ウイルス感染症 3.扁桃腺炎　11.突発性発疹　19. ヒトメタニューモウイルス感染症 4.急性気管支炎　12.手足口病　20. アデノウイルス感染症 5.喘息・喘息性気管支炎　13.ヘルパンギーナ　21. マイコプラズマ感染症 6.感染性胃腸炎　14.伝染性紅斑（りんご病）　22. その他の病名（　　） 7.感冒性胃腸炎　15.流行性耳下腺炎　※病名不明時の症状（　　） 8.中耳炎・外耳炎　16.インフルエンザ（　　）型
症状（〇印）	1.咳　2.熱　3.痛み（部位　　）4.痒み（部位　　）5.発疹（部位　　）6.ほてり 7.鼻汁・鼻閉　8.嘔吐　9.下痢　10.その他（　　）
安静度 （〇印）	1.室内保育・室内安静 2.他児とは別の保育室で隔離（同疾患は同室可）
実施した 検査・処置 と結果 （〇印）	1.採血　7.インフルエンザ　陽性・陰性　13.溶連菌　陽性・陰性 2.検尿　8.新型コロナウイルス　陽性・陰性　14.ロタウイルス　陽性・陰性 3.便潜血　9.マイコプラズマ　陽性・陰性　15.ノロウイルス　陽性・陰性 4.レントゲン　10.アデノウイルス　陽性・陰性　16.百日咳　陽性・陰性 5.吸入・吸引　11.ＲＳウイルス　陽性・陰性 6.点滴　12.ヒトメタニューモウイルス　陽性・陰性 ※その他の処置など（　　）
処方された 薬の内容 （〇印）	1.抗生物質　8.抗けいれん剤 2.去痰剤　9.抗ウイルス製剤 3.鎮咳剤　10.抗ヒスタミン剤 4.気管支拡張剤　11.抗アレルギー剤 5.止瀉薬　10.制吐剤 6.整腸剤　11.外用薬（　　） 7.解熱剤　※その他（　　）
指示事項 （〇印）	1.状態変化時連絡　3.水分補給 2.消化の良い食事　4.クーリング その他（　　）

記入日　　年　　月　　日

所　在　地（　　）

医療機関名（　　）

医　師　名（　　㊞　）

Ｔ　Ｅ　Ｌ（　　）