

かかりつけ医連絡票

秋田大学 病児・病後児保育において、乳幼児の健康管理には細心の注意を払っております。
 お手数ではありますが、受診された乳幼児等について、病児・病後児保育に適するかどうか、
 又、留意点について下記により、ご意見をお聞かせ下さいますようお願い申し上げます。

| | | | | | | | |
|--------------------|-----------------------------------|---|-------------|---------|---------------|---|-----|
| お子さんの名前 | | H | 年 | 月 | 日生 | | |
| 病名 | | | | | | | |
| 病児・病後児保育利用(注1参照) : | 可 | ・ | 不可 | 隔離の有無 : | 有 | ・ | 無 |
| 病児・病後児保育必要期間 : | (受診日) | ～ | 平成 | 年 | 月 | 日 | まで |
| 安静度 : | 1. 室内保育(他児と普通に遊んでよい。) | | | | | | |
| | 2. 室内安静(ベット上での遊びが主。他児との静かな遊びは可能。) | | | | | | |
| | 3. ベット上安静 | | | | | | |
| 食事(昼食)内容 : | ミルク | ・ | 水分のみ | ・ | 離乳食(初期・中期・後期) | ・ | 幼児食 |
| | 下痢食 | ・ | アレルギー食(除去内容 | | | |) |
| 処方内容等: | | | | | | | |
| | 次回診察予定日() | | | | | | |

病児・病後児保育の利用について、上記のとおり連絡します。

平成 年 月 日
 医療機関名
 電話番号
 担当医氏名

注1【受入れできない基準】

- ① 感染性の強い疾患(第二種学校伝染病, 感染性胃腸炎)で, 他児に感染する恐れがある場合)
- ② 38. 5度以上の発熱がある場合
- ③ 嘔吐, 下痢がひどく脱水症状の兆候がある場合
- ④ 咳嗽がひどく喘鳴など呼吸困難がある場合
- ⑤ 感染しやすく, 一旦感染すれば重症になる危険性が高い場合

病状によっては受け入れをお断りする場合があります。

病児・病後児保育 利用申込書

登録番号()

| | | |
|------------------------|--------------------|-------|
| 現在の体重 | 具合が悪くなったのはいつからですか? | |
| 利用日(利用予定日は【 】にご記入下さい。) | 【 】 | |
| 緊急連絡先 | 優先順位1 | 優先順位2 |
| 氏名(ふりがな) | | |
| 利用児童との続柄 | | |
| 勤務先等 | | |
| 勤務先電話 | | |
| 携帯電話 | | |