

病児・病後児保育家庭医連絡票

（各欄にもれなく記入もしくは○でかこんで下さい。）

年 月 日

（あて先）塩竈市長（病児・病後児保育実施施設長）

医療機関の所在地及び名称
電 話 番 号
担 当 医 師 氏 名
（署名又は記名押印）

下記の児童の病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡いたします。

※枠内はすべて医療機関が記入すること

氏 名	男・女		年 月 日生（ ）歳	
住 所	TEL			
病 名	1 急性上気道炎	1 0 風しん		
	2 気管支炎・肺炎	1 1 インフルエンザ		
	3 喘息・喘息性気管支炎	1 2 溶連菌感染症		
	4 感染性胃腸炎（嘔吐下痢症）	1 3 中耳炎		
	5 周期性嘔吐症（自家中毒症）	1 4 伝染性膿痂疹		
	6 突発性発疹症	1 5 流行性角結膜炎		
	7 手足口病・ヘルパンギーナ	1 6 新型コロナウイルス感染症		
	8 流行性耳下腺炎	1 7 その他（ ）		
	9 水痘			
	〈病名不明のとき〉			
1 8 発熱	1 9 下痢	2 0 嘔吐		
2 1 咳嗽	2 2 喘鳴	2 3 発疹		
実施検査 内容・結果				
病 状	1 急性期（発熱等） 2 回復期（下熱・微熱等）			
安 静 度	1 ベッド上安静 2 隔離室で隔離 3 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 4 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）			
食 事 (昼 食)	ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期）・幼児食・普通食			
	下痢食 アレルギー食（除去内容 ）			
処 方 内 容				
指 示 等				

※医療機関の方へ 家庭医連絡票の記入は、医療保険上の「B009診療情報提供料（I）」で対応願います。
※保護者の方へ 1枚の家庭医連絡票につき同じ症状であれば、書類記入日から連続して7日間以内の範囲で利用
できます。それ以上利用したい場合や違う症状が出た場合には、再度連絡票の提出が必要です。

※実施施設使用欄	利用料区分		利用日数	日
----------	-------	--	------	---