第1号様式

台東区病後児保育事業利用連絡票

下記の児童については、病気の回復期にあり、台東区病後児保育事業の利用が可能と思われます。

記

（保護者記載）

児 童 名　　保護者名

生年月日　　年　　月　　日　　住　　所 台東区

（医師記載）　　**※感染隔離室はありません**

傷病名	該当する病名・病状に〇印又はご記入をお願いします。 1. 感冒・感冒様症候群・咽頭炎　2. 扁桃腺炎　3. 気管支炎　4. 嘔吐下痢症　5. 喘息・喘息様気管支炎 6. 自家中毒症　7. 中耳炎・外耳炎　8. 結膜炎　9. 手足口病　10. 伝染性紅斑　11. 流行性耳下腺炎 12. 麻疹　13. 水痘　14. 風疹　15. とびひ　16. プール熱　17. ヘルパンギーナ　18. 突発性発疹 19. 溶連菌感染症　20. インフルエンザ（Ａ・Ｂ）　21. 骨折　22. その他（　　）
病状	経過や現在の状態について、ご記入をお願いします。 ※病日　　日目 **感染症の場合は、1又は2に〇印を、2の場合は（　　）に日数をお願いします。** **感染力は** **1. 弱いので今から利用できる。** **2. 強いので、今は利用できないが、（　　）日後からは利用できる。**
食事	該当する項目に〇印及びご記入をお願いします。 1. 普通食　2. 胃腸食　3. 離乳食（前期・中期・後期）　4. ミルクのみ 5. アレルギー食（除去内容:　　） ※留意点:

処方内容	薬 品 名	容　量	用　法

年　月　日

医療機関名

医 師 名　　㊞

所 在 地

電　　話

※お問い合わせ先：台東区教育委員会　病児・病後児保育担当　TEL：03（5246）1309