

(様式3)

平成 年 月 日

長久手市病児・病後児保育事業利用連絡書

長久手市長 宛

(医療機関) 所在地  
名称  
電話  
FAX  
担当医師名

印

下記の患者について、長久手市病児・病後児保育事業の利用対象にあたりと認められますので、次のとおり状況についてご連絡します。

患者氏名		男・女	生年月日	平成 年 月 日( 歳)
患者住所	長久手市			
連絡先	( ) -	保護者名		
病名・症状 (○をつける)	1 感冒・感冒様症候群	8 自家中毒病	15 流行性耳下腺炎	
	2 咽頭炎	9 中耳炎・外耳炎	16 麻しん	
	3 扁桃腺炎	10 結膜炎(流角結を含む)	17 水痘	
	4 気管支炎	11 膿痂疹	18 百日咳	
	5 喘息・喘息性気管支炎	12 突発性発疹症	19 風しん	
	6 消化不良症	13 手足口病	20 インフルエンザ	
	7 感冒性嘔吐症	14 伝染性紅班(りんご病)	21 その他( )	
	(病名不明) 22 発熱 23 下痢 24 嘔吐 25 咳嗽 26 喘鳴 27 発疹			
診療形態	1 外来 2 往診 3 入院(平成 年 月 日~平成 年 月 日)			
疾病状況	1 治療見込期間( 月 日 ~ 月 日)		2 病気回復期	
既往歴、治療経過及び症状経過				
投薬処方				
保育上の留意点	1 ベッド上安静 2 安静室で隔離 3 室内安静(ベッド生活が主、他児との静かな遊び可) 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・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食・小児食			

かかりつけ医  
診察医 様

平素は、長久手市の保育行政に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、長久手市では病気回復期の乳幼児（病後児）及び病気回復期に至らない乳幼児（病児）を対象として、施設で一時的にお預かりする「病児・病後児保育事業」を実施しております。

つきましては、この事業を実施するにあたりまして「長久手市病児・病後児保育事業利用連絡書」を保護者が持参いたしましたら、お手数ですが連絡書にあります各事項にご記入いただきますようお願いいたします。

本事業における病児につきましては、かかりつけ医等の判断により治癒見込期間を記入していただきたいと考えております。なお、病児の対象施設は医療機関併設となっておりますので必要に応じて医師の診察または医師からの連絡があることもありますのでご理解、ご了承ください。

なお、この「長久手市病児・病後児保育事業利用連絡書」の作成につきましては、「診療情報提供料（I）」としての取扱いとすることでご了承いただいているところですので、よろしくをお願いいたします。

長久手市福祉部子育て支援課