

横浜市病児・病後児保育事業利用連絡書

横浜市長

医療機関 所在地

名称

電話

FAX

担当医師 氏名

印

(注) この様式を書いていた
だく料金は、保険診療
(診療情報提供料I)
の扱いとなります。

横浜市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

【保護者記入欄】

患者氏名		性別		生年月日	平成 年 月 日生 (歳 か月)
患者住所	横浜市 区				
電話番号	()		保護者氏名		

【医療機関記入欄】

病名・症状 (番号に○)	1 急性上気道炎 2 気管支炎・肺炎 3 喘息・喘息様気管支炎 4 ヘルパンギーナ 5 感染性胃腸炎 6 流行性耳下腺炎 7 水痘	8 インフルエンザ (A型・B型・型不明) 9 咽頭結膜熱 (アデノウイルス感染症) 10 溶連菌感染症 11 中耳炎 12 伝染性膿痂疹 13 その他 ()
投薬状況 及び 経過など		
特記すべき 既往歴 (いずれかに ○)	有 ↓ (該当するものに○) 無 不明 熱性けいれん (回) ぜんそく 食物アレルギー その他 ()	
利用施設 (いずれかに ○)	病児保育室のみ ・ 病児保育室、病後児保育室どちらも可 ※病児保育室・・・医療機関に併設し、病期中又は病気の回復期の児童をお預かりします。 病後児保育室・・・保育所に併設し、病気の回復期の児童をお預かりします。	
その他の 注意事項	※他の児童との接触の可否等、利用施設において注意する点があれば、上の欄にご記入ください。	
保育上の 留意点 (指示があれば 番号に○)	1 ベッド上安静 2 室内安静 (ベッドでの生活が主、他児と静かな遊びは可) 3 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)	