

横浜市病児・病後児保育事業利用連絡書

横浜市長

区長

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	8 インフルエンザ (A型・B型・型不明)
	2 気管支炎・肺炎	9 咽頭結膜熱 (アデノウイルス感染症)
	3 喘息・喘息様気管支炎	10 溶連菌感染症
	4 ヘルパンギーナ	11 中耳炎
	5 感染性胃腸炎	12 伝染性膿痂疹
	6 流行性耳下腺炎	13 その他 ()
	7 水痘	
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○) 熱性けいれん (回) ・ ぜんそく ・ 食物アレルギー その他 ()	無 ・ 不明
	※初めての受診など、把握している既往歴がない場合は「不明」でかまいません。	
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)	

