

医師連絡票

令和 年 月 日

病児・病後児保育室 ぬくもり 御中

医療機関  
所在地  
電話

袋井市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

お子さんの名前		医師名	
生年月日： 年 月 日生)		(印)	
病状・ 症状 (番号 に○印)	01 急性上気道炎	12 中耳炎・外耳炎	＜病名不明の時＞ 30 腹痛症 31 嘔吐症 32 下痢症 33 発熱 34 喘鳴 35 咳 36 湿疹 37 その他 ( )
	02 インフルエンザ	13 結膜炎（流角結を含む）	
	03 急性気管支炎	14 伝染性膿痂疹	
	04 肺炎	15 溶連菌感染症	
	05 マイコプラズマ肺炎	16 突発性発疹症	
	06 気管支喘息	17 水痘	
	07 喘息性気管支炎	18 おたふくかぜ	
	08 クループ性気管支炎	19 ヘルパンギーナ	
	09 R S ウィルス感染症	20 手足口病	
	10 感染性胃腸炎	21 ヘルペスウイルス感染症	
	11 細菌性腸炎	22 アデノウイルス感染症 (咽頭結膜熱)	
		23 その他 ( )	
病状（番号に○印）	1 急性期（発熱等）	2 回復期（下痢・微熱等）	
安静度（番号に○印）	現時点での入院の必要性は認められず 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）（○印）	ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期）・幼児食 下痢食 アレルギー食（除去内容 )		
処方内容	次回診察予定日 月 日 ( )		
備考			

※ 医療機関の皆様へ

- ・ この用紙は、記入後、児童の保護者にお渡しくださいますようお願いいたします。
- ・ この用紙は、児童1人につき1枚を作成していただき、文書作成料として保護者に500円（税抜き）を御負担いただくようお願いいたします。
- ・ 病児・病後児保育利用中に、児童の状態が変化した場合には、施設から貴医療機関に確認等の連絡をさせていただく場合がありますので、あらかじめ御了承いただきますようお願いいたします。
- ・ 記入についての問い合わせ先 ひだまり保育園 病児・病後児保育室 ぬくもり（電話 0538-48-7800）

## 袋井市病児・病後児保育事業 利用の流れ

- 1 保護者が病児・病後児保育室 ぬくもりにて事前登録（毎年度登録が必要）を行う。
- 2 児童の発病・けが
- 3 利用時には、保護者が病児・病後児保育室 ぬくもりへ事前予約をする。
- 4 保護者・児童が医療機関にて受診する。
- 5 医療機関が医師連絡票（この用紙）へ記入する。
- 6 保護者と病児・病後児保育室 ぬくもりが医師連絡票等により利用できるかどうかを協議する。
- 7 利用決定の場合は、当日、病児・病後児保育室 ぬくもりにおいて保護者が利用申込書を記入後、利用する。

## 袋井市病児・病後児保育事業 利用の際の御注意

- 1 袋井市の病児・病後児保育を利用するためにはこの用紙が必要ですが、この用紙に書いていただいたことで必ず希望日にお子様を預けられるというものではありません。利用できるか否かにつきましては、受診前に施設に御確認いただき、事前予約をしてください。
- 2 事前予約をしても、受入時のお子様の状態により受入できない場合がありますので、あらかじめ御了承ください。
- 3 この用紙は、原則、通常診療時間内に受診して医師に記入をお願いしてください。
- 4 この用紙の有効期限は、原則として記載日を含めて連続した7日間（土日祝日を含む。）です。
- 5 病児・病後児保育利用料には減免制度があり、生活保護世帯の方及び前年度分住民税非課税世帯の方はその対象となります。あらかじめ市役所で減免申請の手続きをお願いいたします。

担当 袋井市教育部すこやか子ども課子ども保育係

電話 0538-44-3157