

# 千代田区訪問型一時保育利用連絡票

下記の児童については、病気の回復期にあり、千代田区訪問型一時保育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

平成

年

月

日

住所

千代田区

## 【医師記載】

傷病名	該当する病名・病状に○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2に○印を、2の場合は( )に日数をお願いします。 ※病後児保育室には感染隔離室はありません 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○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

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印

所在地

電話

問い合わせ先：NPO法人あい・ぼーとステーション「千代田子育てサポート」 TEL. 3408-8497

千代田区児童・家庭支援センター TEL. 5298-2424