

令和 年 月 日

名古屋市病児・病後児デイケア事業利用連絡書

(施設) 様

(医療機関)



下記の患者について、名古屋市病児・病後児デイケア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・令和 年 月 日生 (歳)
患 者 住 所	名古屋市 区			
連 絡 先			保 護 者 氏 名	
病 名・症 状	1 咽頭炎 6 肺炎 11 手足口病 2 扁桃炎 7 気管支喘息 12 咽頭結膜炎 3 クループ症候群 8 胃腸炎 13 流行性角結膜炎 4 ヘルパンギーナ 9 水痘 14 その他 5 気管支炎 10 流行性耳下腺炎 ()			
	(原因菌・原因ウイルス)			
	1. 溶連菌 4. Flu A・B 7. ノロ 2. マイコプラズマ 5. RS 8. ロタ 3. アデノ 6. hMPV 9. その他			
	(病名不明) 発熱 下痢 嘔吐 咳嗽 喘鳴 発疹			
疾 病 状 況	病児・病後児保育が必要と思われる期間 月 日 ~ 月 日 ※およその期間で結構ですので、最長 1 週間を限度にご記入下さい。			
既 往 歴 及 び 病 状 経 過				
投 薬 処 方				
保 育 上 の 留 意 点	隔離 (必要 / 不要)			

☆ 太線枠内は保護者の方でご記入願います。

かかりつけ医

診 察 医 様

平素は、名古屋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、名古屋市では病気回復期の乳幼児及び小学生（病後児）並びに病気回復期に至らない乳幼児及び小学生（病児）を施設で一時的にお預かりする「名古屋市病児・病後児デ イケア事業」を実施しております。

つきましては、この事業を利用するに当たり、「名古屋市病児・病後児デ イケア事業利用連絡書」（本書）が必要となりますので、お手数をおかけしますが、各事項にご記入いただきますようお願いいたします。

なお、病児の対象施設は医療機関併設となっており、必要に応じて医師の診察又は医師からの連絡が入ることもございますので、ご了承ください。

本書の作成につきましては、「診療情報提供料（Ⅰ）」として取扱うことでご了承いただいているところですので、よろしくお願いいたします。

名古屋市子ども青少年局幼保企画課

（裏面）