

医 師 連 絡 票

※医療機関記入

児童の氏名					
病名 <small>※該当する病名の番号に「○」印をお願いします。</small>	1 急性上気道炎	9 インフルエンザ（A型・B型・型不明）			
	2 気管支炎・肺炎	10 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	11 溶連菌感染症			
	4 咽頭炎・扁桃炎	12 中耳炎			
	5 ヘルパンギーナ	13 伝染性膿痂疹			
	6 感染性胃腸炎	14 骨折・捻挫（部位：	）		
	7 流行性耳下腺炎	15 その他（	）		
	8 水痘				
主な症状 <small>※該当する症状の番号に「○」印をお願いします。</small>	1 発熱	2 咳	3 喘鳴	4 発疹	5 下痢
	6 嘔吐	7 その他（			
	）				
実施した迅速検査	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> アデノウイルス <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> その他（				
	）				
施設での与薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 与薬時間： <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他（				
	）				
特記すべき既往歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ※初診や把握している既往歴がない場合は不明 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん（				
	回） <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> その他（				
	）				
安 静 度	<input type="checkbox"/> 特に制限なし <input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> その他（				
	）				
食事に関する指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（指示内容：				
	）				
その他留意事項	※利用施設において注意する点があれば、ご記入ください。				

年 月 日 診察の結果、上記児童は病気の回復期にあるため、病後児保育実施施設において、保育及び看護することが、現時点では可能であると考えられます。					
病後児保育 利用期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日				
診断医療機関名及び 電話番号					診断医師署名 印

※利用可能年齢は、生後7か月から小学6年生までです。

※病後児保育室・・・保育所に併設し、病気の回復期のお子さんをお預かりしています。