

病児保育 医師連絡票

病児保育の利用にあたり、下記のとおり状況についてお知らせ致します。

令和 年 月 日

記入医療機関
所在地
電話番号
FAX
医師名

印

該当する症状に○印をお願い致します。

ふりがな お子さんの名前	性別 男・女	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
1 急性上気道炎	15 ノロウイルス性胃腸炎	《病名不明のとき》	
2 インフルエンザA	16 中耳炎・外耳炎	28 腹痛症	
3 インフルエンザB	17 結膜炎	29 嘔吐症	
4 急性気管支炎	18 伝染性膿痂疹	30 下痢症	
5 肺炎	19 溶連菌感染症	31 発熱	
6 マイコプラズマ肺炎	20 突発性発疹	32 喘 鳴	
7 気管支ぜんそく	21 プール熱	33 咳	
8 ぜんそく性気管支炎	22 ヘルパンギーナ	34 湿疹	
9 扁桃炎	23 ヘルペスウイルス感染症	35 その他	
10 クループ性気管支炎	24 手足口病	()	
11 RSウイルス感染症	25 アデノウイルス感染症		
12 感染性胃腸炎			
13 細菌性腸炎			
14 ロタウイルス性胃腸炎			
安 静 度 (○印)	隔離の必要性 有 ・ 無		
食 事 (昼食) (○印)	普通食 ミルク ・ 牛乳のみ 下痢食 ・ アレルギー食 (弁当持参)		
現在の投薬 内容・指示			
備 考	引き続き病児保育が 1 必要 日 () ~ 日 () 2 保育所に復帰 (○印)		

※ 発行日を含めて4日間有効です。但し症状が変われば追加・変更の記載をいたします。