

病児保育 医師連絡票

医療機関 所在地
名称
医師氏名
電話番号

病児保育事業の利用にあたり必要な情報について下記のとおり提供します

氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
住所	〒		
病名	☐ 上気道炎	☐ 溶連菌感染症	☐ アデノウィルス感染症
	☐ 扁桃腺炎	☐ 突発性発疹	☐ RSウィルス感染症
	☐ 中耳炎	☐ ヘルパンギーナ	☐ ヒトメタニューモウィルス感染症
	☐ 結膜炎（流角結を含まない）	☐ 手足口病	☐ 伝染性膿痂疹（とびひ）
	☐ クループ症候群	☐ インフルエンザA	☐ おたふくかぜ
	☐ 気管支炎	☐ インフルエンザB	☐ 麻疹
	☐ 肺炎	☐ 感染性胃腸炎 (☐ ロタ ☐ アデノ ☐ その他)	☐ 風疹
	☐ 気管支喘息		☐ 水痘
	☐ 百日咳		
	☐ その他（主な症状：		
熱性けいれんの既往歴	☐ なし ☐ あり		
迅速検査の実施状況	☐ なし ☐ あり（検査結果：		
隔離の必要	☐ なし ☐ あり		
安静度	☐ ベッド上安静 ☐ 室内安静（静かな遊びは可） ※短時間の外気浴 可 ・ 不可 ☐ 室内保育（室内で普通に遊んでよい） ※短時間の外気浴 可 ・ 不可 ※印の可・不可いずれかに○をつける		
食事	☐ ミルク・牛乳のみ ☐ 離乳食（ 前期 ・ 中期 ・ 後期） ☐ 幼児食 ・ 常食 ☐ 易消化食 ☐ アレルギー食（除去内容：		
処方内容 ・その他	☐ 特記すべき事項はありません		
	☐ 投薬はお薬手帳のとおりです 生まれつきの病気や手術歴・既往歴・気になる発達の状況、注意事項など		