

【利用期間ごと】

年 月 日

病児・病後児保育 医師連絡票

病児・病後児保育実施施設長 宛

医療機関所在地

医療機関名

医療機関（病院）名の押印にご協力願います

医師氏名

印

電話番号

病児・病後児保育事業の利用に当たり、必要な情報について下記の通り提供します。

児童氏名	生年月日	年 月 日 (歳 ケ月)		
住所	電話番号			
病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎症 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 哮息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎	<input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎（流角結を含まない） <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> アデノウィルス感染症 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザ A <input type="checkbox"/> インフルエンザ B <input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> その他 [主な症状等] <input type="checkbox"/> 発達障害の疑い	
	熱性けいれん既往歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	迅速検査の実施状況	
	安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> 準隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育		
	食事	<input type="checkbox"/> ミルク・母乳 <input type="checkbox"/> 離乳食（ <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期） <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食（除去内容）)	
	その他注意事項			
	処方内容			