

【 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 ヶ月)	
住所				電話番号	
病名	☐ 上気道炎症 ☐ 扁桃腺炎 ☐ クループ症候群 ☐ 気管支炎 ☐ 肺炎 ☐ 気管支喘息 ☐ 感染性胃腸炎 (☐ ノロ ☐ ロタ ☐ その他) ☐ 細菌性腸炎 ☐ 中耳炎	☐ 突発性発疹 ☐ 溶連菌感染症 ☐ RS ウイルス感染症 ☐ 細菌性結膜炎 ☐ 流行性角結膜炎（アデノ） ☐ 咽頭結膜熱（アデノ） ☐ ヘルパンギーナ ☐ 手足口病 ☐ インフルエンザ A ☐ インフルエンザ B	☐ 百日咳 ☐ 伝染性膿痂疹 ☐ おたふくかぜ ☐ 水痘 ☐ その他 [主な症状等] ※麻疹、風疹、コロナウイルス 感染症はご利用できません。		
	熱性けいれん既往歴	☐ 有 ☐ 無	迅速検査の実施状況		
安静度	☐ ベッド上安静 ☐ 隔離 ☐ 準隔離 ☐ 室内安静 ☐ 室内保育				
食事	☐ ミルク・母乳 ☐ 離乳食 (☐ 前期 ☐ 中期 ☐ 後期) ☐ 幼児食 ☐ 下痢食 ☐ アレルギー食 (除去内容)				
その他注意事項					
処方内容					