

病後児保育医師連絡票

年 月 日

たいようこども園園長 様

医療機関 所在地

名称

医師氏名

(印)

電話番号

下記児童については、以下のとおり診断し必要な情報を連絡します。

利用児童	氏名		生年月日	年 月 日
	性別	男・女	年齢	歳 ヶ月
保護者氏名		住所 (電話番号)	()	
該当箇所□に✓を付けてください。				
□ 入院の必要はなく、病後児保育の利用が可能な状態と認める				
病名等	□咽頭炎・扁桃腺炎	□中耳炎	□伝染性紅斑(りんご病)	
	□気管支炎	□結膜炎	□水痘(みずぼうそう)	
	□肺炎	□骨折	□風疹(三日はしか)	
	□喘息・喘息様気管支炎	□火傷	□流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	
	□乳児下痢嘔吐症	□突発性発疹	□咽頭結膜熱(プール熱、アデノウイルス)	
	□インフルエンザ様疾患 回復期	□手足口病	□膿痂疹(とびひ)	
	□その他()	□ヘルパンギーナ	□流行性角結膜炎(はやり目)	
※感染性下痢症及び麻疹(はしか)については病後児保育の受入対象外です。				
(病名不明のとき)				
□発熱 □下痢 □嘔吐 □咳嗽 □喘鳴 □発疹				
□その他()				
安静度	□室内安静(主にベッドの上の生活、静かな遊びは可)			
	□室内保育(室内で普通に遊んで良い)			
	□別室保育(他児への感染を防ぐため別室にて保育)			
薬剤の処方	処方	薬剤名	用量	用法
	□あり □なし			
配慮を要する事項				

証明書の有効期限	□・今回のみ	□・次回受診日(月 日まで)
----------	--------	-----------------