病児・病後児保育事業

医師連絡票

（提出先）青いとり保育園長

病児・病後児保育事業の利用について，次のとおり連絡します。

令和　　年　　月　　日

医療機関

所在地

ＴＥＬ

担当医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童名 |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日　（　　　歳　　　ヶ月） |
| 児童住所 |  |
| 保護者氏名 |  | 電話番号 |  |
| 病名・症状名（該当する病名・症状に○印をお付けください。） | 01　感冒・感冒様症候群　　　09　中耳炎・外耳炎　　　　　17　流行性耳下腺炎02　咽頭炎　　　　　　　　　10　咽頭結膜熱（プール熱）　18　インフルエンザ（A・B）03　扁桃炎　　　　　　　　　11　溶連菌感染症　　　　　　19　百日咳04　気管支炎　　　　　　　　12　伝染性膿痂疹（とびひ）　20　風疹05　喘息・喘息性気管支炎　　13　突発性発疹　　　　　　　21　その他06　消化不良症　　　　　　　14　手足口病　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　）07　感冒性腸炎　　　　　　　15　ヘルパンギーナ　　　　　08　自家中毒症　　　　　　　16　伝染性紅斑（りんご病）　 |
| 【病名不明の時】22　発熱　　　　　24　嘔吐　　　　　26　喘鳴　　　　　28　その他23　下痢　　　　　25　咳嗽　　　　　27　発疹　　　　　（　　　　　　　　　　　） |
| 症状（○印で記入） | １　急性期（発熱等）　　　　　２　回復期（下熱・微熱等） |
| 食事（昼食）（○印で記入） | ・ミルク　　　・牛乳のみ　　　・離乳食　　　・幼児食　　　・下痢食・アレルギー食（除去内容　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 安静度（○印で記入） | １　ベッド上安静　　　　　　　２　隔離室で隔離３　室内安静（ベッドでの生活が主，他児と静かな遊びは可）４　室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい） |
| 処方内容その他連絡事項 |  |
|  | 次回診察予定日　　　月　　　日 |
| 病児・病後児保育の別（○印で記入） | １　病児保育が適切　　　　　　２　病後児保育が適切※病児・病後児保育共に不適な場合は，医師連絡票の発行は不要です。 |