

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

印

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。						