

医 師 連 絡 票

※医療機関記入

児童の氏名					
病名 ※該当する病名の番号に「○」印をお願いします。	1 急性上気道炎（感冒） 5 中耳炎 2 気管支炎・肺炎 6 伝染性膿痂疹（とびひ） 3 喘息・喘息様気管支炎 7 骨折・捻挫（部位： ） 4 咽頭炎・扁桃炎 8 その他（ ） ※医師による登園許可書、保護者による登園届が必要な感染症については、隔離室がないため、登園のめやすを満たしている場合のみ、受け入れ可能です。				
主な症状 ※該当する症状の番号に「○」印をお願いします。	1 発熱 2 咳 3 喘鳴 4 発疹 5 下痢 6 嘔吐 7 その他（ ）				
実施した迅速検査	☐ あり ☐ なし ☐ インフルエンザ ☐ アデノウイルス ☐ RSウイルス ☐ その他（ ）				
施設での与薬	☐ あり ☐ なし 与薬時間： ☐ 食前 ☐ 食間 ☐ 食後 ☐ その他（ ）				
特記すべき既往歴	☐ あり ☐ なし ☐ 不明 ※初診や把握している既往歴がない場合は不明 ☐ 熱性けいれん（ 回） ☐ ぜんそく ☐ 食物アレルギー ☐ その他（ ）				
安 静 度	☐ 特に制限なし ☐ ベッド上安静 ☐ 室内安静 ☐ その他（ ）				
食事に関する指示	☐ なし ☐ あり（指示内容： ）				
その他留意事項	※利用施設において注意する点があれば、ご記入ください。				

年 月 日 診察の結果、上記児童は病気の回復期にあるため、病後児保育実施施設において、保育及び看護することが、現時点では可能であると考えられます。	
病後児保育 利用期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
診断医療機関名及び 電話番号	診断医師署名 印

※利用可能年齢は、生後7か月から小学6年生までです。

※病後児保育室は、保育所に併設し、病気の回復期のお子さんをお預かりしています。