

医師連絡票

◆保護者記入欄

ふりがな	記入年月日	年	月	日	
児童氏名	(男・女)	生年月日	年	月	日生(満歳)
住所	電話番号				
	保護者氏名				

※病後児保育は病気の回復期であり、集団保育が困難なこどもを預かる保育で利用する際は、この用紙を医療機関で記入してもらい、提出してください。

※お子様の当日の状態により、ご利用できない場合もありますのでご了承ください。

※病後児保育の対象は、生後6ヶ月～小学6年生の児童です。

◆医療機関記入欄

該当する項目に☑印をおつけください。

診 断 名			症 状
☐ 感冒・感冒様症候群 ☐ 咽頭炎 ☐ 扁桃腺炎 ☐ 気管支炎 ☐ 喘息・喘息性気管支炎 ☐ 中耳炎・外耳炎 ☐ 結膜炎(流行性含む) ☐ 伝染性膿痂疹(とびひ)	☐ 感染性胃腸炎 (ノロ・ロタ・その他) ☐ 溶連菌感染症 ☐ 突発性発疹 ☐ 手足口病 ☐ ヘルパンギーナ ☐ 喉頭結膜炎(プール熱) ☐ RSウイルス	☐ インフルエンザ(A・B) ☐ 流行性耳下腺炎 ☐ 伝染性紅斑(りんご病) ☐ 水痘 ☐ 風疹 ☐ その他 ☐ 麻疹(入室不可疾患)	☐ 発熱 ☐ 下痢 ☐ 嘔吐 ☐ 咳嗽 ☐ 喘鳴 ☐ 発疹 ☐ 鼻水 ☐ その他()
安 静 度	☐ ベット上安静 ☐ 室内安静 ☐ 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)		
隔離室の要否	☐ 不要 ☐ 必要 (全国病児保育協議会「感染症の手引き」に準じて行います)		
アレルギー食	☐ 不要 ☐ 必要 (除去内容:)		
投薬の有無	☐ 有 ☐ 無		
症 状・治療経過 その他留意事項	現時点では 病後児保育の利用が可能であることを認めます。		
次回診療予定日 月 日			

平成 年 月 日

医 療 機 関
住 所
電 話 番 号
担当医氏名

印