

医師連絡票

病児・病後児保育事業の利用について、下記のとおり情報提供致します。

児童氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日生
------	--	----	-----	------	--------

▼該当する番号に○をつけてください。

病 名 ・ 症 状	1. 咽頭炎 2. 扁桃炎 3. 気管支炎 4. 肺炎 5. 喘息・喘息様気管支炎 6. マイコプラズマ 7. RSウイルス 8. アデノウイルス 9. 感染性胃腸炎 10. 嘔吐・下痢症 11. 手足口病 12. 中耳炎・外耳炎 13. 結膜炎(ウイルス性・細菌性・アレルギー性) 14. 膿痂疹 15. ヘルパンギーナ 16. 溶連菌感染症 17. その他 ()	〈病名不明のとき〉 18. 発熱 19. 下痢 20. 嘔吐 21. 咳嗽 22. 喘鳴 23. 発疹 24. ()
	25. インフルエンザ【学校保健安全法施行規則による 発症後5日経過、かつ解熱後2日(幼児は3日)を経過】 26. コロナウイルス【学校保健安全法施行規則による 発症後5日経過、かつ解熱後1日を経過】	
安 静 度	1. 床上安静 2. 隔離室で隔離 3. 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 4. 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)	
処 方 内 容	(※薬剤情報提供書もしくはお薬手帳等で確認できる場合は記述省略可)	
指 示 事 項		
備 考		

令和 年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

電話番号

印