

## 医師連絡票

実施施設の長

宛

病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

|                 |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                        |                                      |       |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------|
| 児童氏名            |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                        | 生年月日                                 | 年 月 日 |
| 病名・症状           | 病 名                                                                                                                                                                                                                | 隔離                                                                     | 病 名                                  | 隔離    |
|                 | <input type="checkbox"/> 上気道炎                                                                                                                                                                                      | 要・不                                                                    | <input type="checkbox"/> 風疹          | 要・不   |
|                 | <input type="checkbox"/> 気管支炎                                                                                                                                                                                      | 要・不                                                                    | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱） | 要・不   |
|                 | <input type="checkbox"/> 喘息・喘息性気管支炎                                                                                                                                                                                | 要・不                                                                    | <input type="checkbox"/> インフルエンザA    | 要・不   |
|                 | <input type="checkbox"/> 胃腸炎                                                                                                                                                                                       | 要・不                                                                    | <input type="checkbox"/> インフルエンザB    | 要・不   |
|                 | <input type="checkbox"/> ノロウイルス                                                                                                                                                                                    | 要・不                                                                    | <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症  | 要・不   |
|                 | <input type="checkbox"/> ロタウイルス                                                                                                                                                                                    | 要・不                                                                    | <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症   | 要・不   |
|                 | <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎                                                                                                                                                                                   | 要・不                                                                    | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症      | 要・不   |
|                 | <input type="checkbox"/> 膿痂疹（とびひ）                                                                                                                                                                                  | 要・不                                                                    | <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウ   | 要・不   |
|                 | <input type="checkbox"/> 手足口病                                                                                                                                                                                      | 要・不                                                                    | イルス感染症                               |       |
|                 | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎                                                                                                                                                                                   | 要・不                                                                    | <input type="checkbox"/> 骨折等外傷       | 要・不   |
|                 | <input type="checkbox"/> 水痘                                                                                                                                                                                        | 要・不                                                                    |                                      |       |
|                 | 病名不明のとき <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 喘鳴<br><input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他（ ） |                                                                        |                                      |       |
|                 | 病 状                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 急性期（発熱等） <input type="checkbox"/> 回復期（下熱・微熱等） |                                      |       |
| 安 静 度           | <input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内保育                                                                                                                                                      |                                                                        |                                      |       |
| 薬 の 処 方         | <input type="checkbox"/> 投薬なし <input type="checkbox"/> 投薬あり（ ）<br>※与薬上の注意（ ）                                                                                                                                       |                                                                        |                                      |       |
| 食 事（昼食）         | <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食（前期・中期・後期） <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 下痢食<br><input type="checkbox"/> アレルギー食（除去内容： ）                                           |                                                                        |                                      |       |
| そ の 他<br>（指示事項） |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                        |                                      |       |
| 主治医所見           | 令和 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 病児・病後児保育所の利用が可能と思われる。<br>医療機関名<br>電話番号<br>医師名                                                                                                                                 |                                                                        |                                      |       |

（注） 1 ☐欄については、該当項目にレ印を記入してください。

2 病児とは当面症状の急変は認められないが病気の回復期に至っていない集団保育が困難な児童を、病後児とは病気の回復期の集団保育が困難な児童をいいます。