

年 月 日

実施施設長 様

所在地
法人名
医師名
(連絡先) 印

病児・病後児保育事業医師連絡票

病児・病後児保育事業の利用に当たり必要な情報について、以下のとおり連絡します。

フリガナ 児童氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳 か月)
住所		連絡先	
病名・症状等			
☐ 感冒・感冒性症候群 ☐ 咽頭炎 ☐ 扁桃腺炎 ☐ 気管支炎 ☐ 喘息・喘息性気管支炎 ☐ 消化不良 ☐ 感冒性嘔吐症 ☐ 自家中毒症 ☐ 中耳炎・外耳炎 ☐ 結膜炎（流角結を含む）	☐ 膿痂疹 ☐ 突発性発疹症 ☐ 手足口病 ☐ 伝染性紅斑（りんご病） ☐ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） ☐ 麻疹 ☐ 水痘 ☐ 百日咳 ☐ 風疹 ☐ その他（ ）	〈病名不明のとき〉 ☐ 発熱 ☐ 下痢 ☐ 嘔吐 ☐ 咳嗽 ☐ 喘鳴 ☐ 発疹 ☐ その他 ()	
☐ 急性期（発熱等） ☐ 回復期（解熱，微熱等）			
迅速検査の実施状況			
安静度		☐ ベッド上で安静 ☐ 隔離 ☐ 室内安静（ベッドでの生活が主，他児との静かな遊びは可） ☐ 室内保育（他児と室内で静かな遊びは可）	
その他 注意事項		※配慮を要する事項等をご記入ください。	
投薬	投薬の有無		
	処方内容	☐ お薬手帳を参照する ☐ 以下の記載を参照する	

(注) □欄については、該当項目にレ印を記入してください。