別記様式（第10条関係）

年　　月　　日

実施施設長　　　　様

所在地

法人名

医師名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先）

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。