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。