

みなみの風保育園病児保育室 医師連絡票

病児保育みなみの風 宛

医療機関 所在地

名称

医師氏名

印

電話番号

病児保育事業の利用にあたり、次のとおり連絡します。

児童氏名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
住 所	電話番号		
保護者氏名			
病名 (該当する病名・症状に○印をお付けください)	1. 感冒・感冒用症候群	11. 結膜炎	21. インフルエンザ
	2. 咽頭炎・咽頭結膜炎 (アデノウイルス感染症)	12. 伝染性膿痂疹 (とびひ)	22. 溶連菌感染症
	3. 扁桃炎	13. 突発性発疹症	23. ヘルパンギーナ
	4. 気管支炎	14. 手足口病	24. マイコプラズマ
	5. 喘息・喘息用気管支炎	15. 伝染性紅斑 (りんご病)	25. RSウイルス
	6. 消化不良症	16. 流行性耳下腺炎 (おたふく)	病名未確定の時
	7. 感染性胃腸炎 □ノロ □ロタ □その他	17. 麻疹	・発熱
	8. 細菌性腸炎	18. 風疹	・下痢
	9. 自家中毒症	19. 水痘	・嘔吐
	10. 中耳炎・外耳炎	20. 百日咳	・咳漱
			・喘鳴
			・発疹
			・その他 ()
安 静 度 (○ 印)	1. ベットに安静 2. 室内安静 (ベッドでの生活が主) 3. 室内保育 (病児保育室内での遊びは可能)		
食 事	通常の食事が可能 ・ 特別な食事のケアが必要		
注意事項			
処方内容			
病児保育室の利用可否	可 ・ 不可		