02 書類名 医師連絡票 記入者 医療機関 記入 診断時

病児保育事業

医師連絡票

保育園 NOAH KIDS 病児保育室 OLIVE宛

病児保育室の利用について、以下の通り連絡します。

年　月　日

医療機関名：

所在地：

電話番号：

担当医名：

氏名		男・女	生年月日	年　月　日	診察時体温	℃

病名・症状 該当する病名・症状に☑を付けてください	☐ 感冒・風邪症候群　☐ 咽頭炎　☐ 扁桃炎　☐ 気管支炎 ☐ 喘息　☐ 感染性胃腸炎　☐ 自家中毒症　☐ 中耳炎・外耳炎 ☐ 咽頭結膜熱　☐ 溶連菌感染症　☐ 伝染性膿痂疹(とびひ)　☐ 突発性発疹 ☐ 手足口病　☐ ヘルパンギーナ　☐ 伝染性紅斑(りんご病)　☐ 流行性耳下腺炎 ☐ インフルエンザ(A・B)　☐ 百日咳　☐ RSウイルス　☐ マイコプラズマ感染症 ☐ 風疹　☐ 水痘　☐ その他 (　　) 病名未確定の時　☐ 発熱　☐ 下痢　☐ 嘔吐 ☐ 咳嗽　☐ 発疹　☐ その他（　　）
安静度	☐ ベッド上安静　☐ 室内安静（静かな遊びは可）　☐ 制限なし
注意点・指示 その他連絡事項	

［受け入れできない疾患・症状］

・新型コロナウイルス感染症
・麻疹　・流行性角結膜炎
・インフルエンザの発症から48時間以内
・疾患の急性期　・下痢、嘔吐が頻回　・呼吸困難がある　・ぐったりしている
・48時間以内にけいれんを起こした　・経口摂取ができない
・医師が保育室の利用が不可能と判断した状態等