

医師連絡票

※太枠内を記載してください

令和	年	月	日
----	---	---	---

(あて先) 病児・病後児保育施設 又は 病後児保育施設

病院名
医師名

病児・病後児保育施設又は病後児保育施設の利用にあたり、下記の点について連絡します。

お子さんの名前		
下記の病名・症状番号に○印をおつけください。		
01 感冒・感冒様症候群	11 突発性発疹症	21 その他
02 咽頭炎	12 手足口病	()
03 扁桃腺炎	13 伝染性紅斑(りんご病)	<病名不明のとき>
04 気管支炎	14 流行性角結膜炎	22 発 熱
05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎	23 下 痢
06 嘔吐下痢症	16 麻疹(はしか)	24 嘔 吐
07 自家中毒症	17 水痘	25 咳 嗽
08 中耳炎・外耳炎	18 百日咳	26 喘 鳴
09 結膜炎	19 風疹	27 発 疹
10 膿痂疹(とびひ)	20 インフルエンザ(A・B)	28 その他
	※↑A・Bどちらか一方に○印をおつけください。	()
利用施設	病児・病後児保育施設	病後児保育施設
	中央ながかみこども園 ・ みつばち第2保育園 みどりこども園 ・ みつばち保育園 さくらんぼルーム(桜ファミリークリニック)	聖隷こども園めぐみ ・ 聖隷こども園わかば
病 状 (○印) ※	1 急性期(発熱等) 2 回復期(下熱・微熱等)	1 回復期 病状番号(14)から(20)の場合 感染の危険(ある・ない) ※感染の危険のある場合、病後児保育は利用できません。
安 静 度 (○印) ※	1 ベッド上安静 2 隔離室で隔離 3 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 4 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)	1 ベッド上安静 2 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 3 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)
食事(昼食) (○印)	ミルク・牛乳のみ ・ 離乳食(前期・中期・後期) ・ 幼児食 下痢食・アレルギー食(除去内容)	
処 方 内 容		
	次回診察予定日	() 日後
備 考		

※ 「病児・病後児保育施設」及び「病後児保育施設」のどちらの施設を利用するのか、
保護者にご確認いただき、適した欄に○印をおつけください。