

## 病児保育事業 医師連絡票

利用児童名				西暦	年	月	日	生( 歳)	男 ・ 女
病名及び症状	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎(かぜ、感冒、咽頭炎、扁桃炎等を含む) <input type="checkbox"/> 溶連菌(溶血性連鎖球菌) <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザA <input type="checkbox"/> インフルエンザB <input type="checkbox"/> 胃腸炎 <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ								
西暦	年	月	日	診療の結果、上記児童は病児保育室実施において、保育及び看護することが、現時点では可能であると考えられますので、下記の通り連絡いたします。					
医療機関名：				電話番号：					
所在地：				診断医師名：					
保育上注意する事項									
安静度 (○を付けてください)	・普通に遊んでも可 ・主にベッド上で安静とするが静かな遊びは可 ・その他( )								
食事の指示 (○を付けてください)	・特に制限なし     ・制限あり ( )								
薬 (○を付けてください)	・なし     ・あり タイミング ( )								
アレルギー (○を付けてください)	・なし     ・あり ( )								
PCR検査実施 (○を付けてください)	・なし     ・あり ( ) <small>※検査結果を記入してください</small>								
PCR検査の 検査未実施理由	<small>※38℃以上の発熱があった場合で検査未実施の場合必ず記入ください。</small>								
インフルエンザ検査実施 (○を付けてください)	・なし     ・あり ( ) <small>※検査結果を記入してください</small>								
インフルエンザ検査の 検査未実施理由	<small>※38℃以上の発熱があった場合で検査未実施の場合必ず記入ください。</small>								
その他留意事項 または 保護者への連絡事項									
医師連絡票有効期限 (※空欄中の在園児が 病児保育室を利用 する場合のみ記入)	<input type="checkbox"/> 当日のみ有効 <input type="checkbox"/> 確定診断のため7日間有効								
お預かりできない疾患	百日咳・アデノウイルス・新型コロナウイルス・結核・流行性角結膜炎・咽頭結膜熱・急性出血性結膜炎・水痘 風疹・麻疹・おたふく風邪・髄膜炎・痲疹・アタラクシミア・疥癬								