

なないろ保育園 病児保育 医師連絡票

年 月 日

なないろ保育園宛

〈医療機関〉

所在地

名称

電話番号

担当医師氏名



病児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

※下記該当する事項□にチェック願います。さらに該当する項目に○又は必要事項を記載してください

児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日生
住 所			
保護者氏名		電話番号	
病名等	<input type="checkbox"/> 感冒、感冒性症候群		<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ
	<input type="checkbox"/> 扁桃腺炎、咽頭炎		<input type="checkbox"/> 手足口病
	<input type="checkbox"/> 気管支炎		<input type="checkbox"/> インフルエンザ__型
	<input type="checkbox"/> 上気道炎		<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹
	<input type="checkbox"/> 肺炎		<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎
	<input type="checkbox"/> 気管支喘息、喘息様気管支炎		<input type="checkbox"/> 風疹
	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎(流行性嘔吐下痢症)		<input type="checkbox"/> 骨折
	<input type="checkbox"/> 中耳炎		<input type="checkbox"/> 熱傷
	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症		<input type="checkbox"/> 水痘
	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱		<input type="checkbox"/> RSウイルス感染症
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹		<input type="checkbox"/> りんご病
	<input type="checkbox"/> その他()		
	※麻疹について受入不可		
病名不明の時	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他()		
治療経過・症状等			
現在の投薬処方	処方内容(薬剤名・用量・用法等)		
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
配慮を要する事項			
安静度	<input type="checkbox"/> 安静室で隔離		
	<input type="checkbox"/> 室内安静(安静が主、他児との静かな遊びは可)		
	<input type="checkbox"/> 室内保育(他児と室内で普通に遊んで良い)		