

病児・病後児保育事業医師連絡票

Kランド保育園 殿

令和 年 月 日
 病児・病後児保育事業の利用が
 可能であることを認めます。

【医療機関】 ※必須

[所在地]

[名称]

[電話番号]

[診断医師署名] (印)

児童 の氏名	(男 女) 年 月 日 生		
保護者 の氏名	父： () 歳 職業 ()	母： () 歳 職業 ()	
住 所	〒 ●電話番号 (自宅・父携帯・母携帯・その他[])		
緊急 連絡先	勤務先： 電話番号：		
疾 病 名	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎(プール熱) <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹(とびひ) <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 手足口病 () <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> 感冒性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症		
症 状	<input type="checkbox"/> 急性期(発熱等) <input type="checkbox"/> 回復期(解熱・微熱等) ※急変の恐れ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※入院の必要 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
既 往 歴	熱性けいれん <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり その他[]		
安 静 度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静(ベッドでの生活が主、静かな遊びは可)		
食事に関 する特別 な指示	留意点 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 胃腸食 <input type="checkbox"/> 離乳食 (<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> アレルギー食(除去内容：)		
処方内容	与薬時間 食前 食間 食後 その他 ()		
	薬品名・用量・用法		