

病児・病後児保育医師連絡票

□養父市長
□たいようこども園 様

| | | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|---|
| 利用児童 | 氏名 | 生年月日 | | 年 | 月 | 日 |
| | 性別 | 男・女 | | 年 | 齢 | 歳 |
| 病名等 | <input type="checkbox"/> 上気道炎 (咽頭炎・扁桃腺炎を含む) <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <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"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 風しん (三日はしか) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 (結膜炎・胃腸炎を含まない) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 | <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂しん (とびひ) <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 (流角結を含まない) | ※病児保育において、感染性胃腸炎 (ウイルス性)、麻しん (はしか)、新型コロナウイルス感染症及び水痘 (みずぼうそう) は受入対象外です。 | | |
| | 利用区分 | <input type="checkbox"/> 病児 (急性期) <input type="checkbox"/> 病後児 (回復期) | 発症日 | 年 | 月 | 日 |
| 熱性けいれんの既往歴 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 迅速検査の実施状況 | | | | |
| 安静度 | <input type="checkbox"/> 室内安静 (主にベッドの上の生活、静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育 (室内で普通に遊んで良い) <input type="checkbox"/> 別室保育 (他児への感染を防ぐため別室にて保育) | | | | | |
| 薬剤の処方 | 投薬の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| | 処方内容 | <input type="checkbox"/> お薬手帳参照 <input type="checkbox"/> 以下の内容参照 | | | | |
| 配慮を要する事項 | その他配慮すべき事柄があれば、具体的に記入してください。 (生まれつきの病気や手術歴・既往歴・気になる発達の状況など) | | | | | |
| 本書の有効期限 | <input type="checkbox"/> 今回のみ <input type="checkbox"/> 次回受診日 (月 日まで) | | | | | |
| 上記のとおり診断し、入院の必要はなく、病児・病後児保育の利用が可能な状態と認めます。 | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | |
| 医療機関 所在地 | | | | | | |
| 名称 | | | | | | |
| 医師氏名 ⑨ | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | |