

病児・病後児保育 医師連絡票

もく保育園病児保育室 御中

医療機関 所在地
名称
医師氏名
電話番号

㊞

病児・病後児保育事業の利用にあたり、必要な情報について下記のとおり提供します。

保護者記入欄

利用児童	ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日生
保護者	住所					
	氏名		連絡先			

医療機関記入欄

病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 扁桃炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> その他 主な症状など
投薬状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
けいれんの既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
迅速検査の実施状況	インフル() コロナ() 溶連菌() アデノ() RS() ヒトメタ()		
安静度	<input type="checkbox"/> 隔離して別室で保育(他児への感染を防ぐため隔離して保育) <input type="checkbox"/> 室内安静(主にベッドで寝かせて安静にして保育、隔離の必要なし) <input type="checkbox"/> 室内保育(室内で通常保育、隔離の必要なし) <input type="checkbox"/> その他()		
食事	<input type="checkbox"/> ミルク・母乳のみ <input type="checkbox"/> 離乳食(<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食(除去内容)		
その他 注意事項	<input type="checkbox"/> 発達障害の疑い		