

## 医師連絡票

令和 年 月 日

|  |       |
|--|-------|
|  | 病児保育  |
|  | 病後児保育 |

担当医が○印を付けてください。

|            |              |     |      |                         |
|------------|--------------|-----|------|-------------------------|
| ふりがな<br>氏名 |              | 男・女 | 生年月日 | 平成・令和 年 月 日□<br>( 才 ヶ月) |
| 通園通学施設名    | 保育所、幼稚園、小学校等 |     |      |                         |

|               |   |
|---------------|---|
| 利用希望期間        | 令和 年 月 日より( )日間   |
| 病名            | 確定している病原診断があれば○をつけてください。<br>インフルエンザA・B、アデノ、溶連菌、RS、マイコプラズマ、ロタ、ノロ、伝染性紅斑、水痘、流行性耳下腺炎  |
| 主な症状          | 発熱 下痢 嘔吐 咳嗽 喘鳴 発疹 その他( )  |
| 基礎疾患          |   |
| 一般状態          | 食欲 (ある・まあまあ・ない) 元気 (ある・まあまあ・ない)   |
| 経過            |   |
| 処方            |   |
| 安静度<br>(○印)   | 1 観察室(要隔離)<br>2 ベッド上安静<br>3 室内安静(ベッド上の生活が主、他児との静かな遊びは可)<br>4 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい) |
| 日頃の食事<br>(○印) | ミルク・離乳食(前期・中期・後期・幼児食・学童食)<br>アレルギー食(除去食物: 卵・牛乳・小麦・その他( ))                         |

医療機関名

医師名

印

所在地

電話番号