医 師 連 絡 票

キッズベアーあて

病児保育の利用について、次のとおり連絡します。

児童氏名		年齢	歳（　　ヶ月）	性別	男　・　女

下記の病名に〇印を付けてください。

1.風邪	9.喘息性気管支炎	18.とびひ
2.急性上気道炎	10.クループ症候群	19.感染性胃腸炎
3.扁桃炎	11.ヒトメタニューモウィルス	20.細菌性胃腸炎
4.急性気管支炎	12.溶連菌感染症	21.ロタウイルス性胃腸炎
5.RS ウィルス感染症	13.ヘルパンギーナ	22.ノロウイルス性胃腸炎
6.アデノウィルス	14.手足口病	23.インフルエンザ（　A・B　）
（　結膜炎・咽頭炎　）	15.おたふく	24.突発性発疹症
7.マイコプラズマ肺炎	16.水痘	25.中耳炎・外耳炎
8.気管支喘息	17.流行性角結膜炎	26.その他
		（　　）

✿安 静 度	1.ベッド上安静　　2.隔離室で隔離 3.室内安静（ベッド上での生活が主、他児との静かな遊びは可） 4.室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）
✿アレルギー	なし　・　あり

✿保育上の留意事項がありましたらご指示ください。（　食事・薬等　）

※　コロナ抗原検査　・　PCR 検査　　を実施し、（　陰性　・　陽性　）を認めました。

上記の内容により病児保育利用に支障がないと認めます。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名　　㊞