

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○印を付けてください

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

※ コロナ抗原検査を実施し（陰性・陽性）を認めました
インフルエンザ検査を実施し（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

印