医　師　連　絡　票

病児・病後児保育室　おひさま　宛

病児・病後児保育室の利用について、下記の点について連絡します。

児童氏名		生年月日	年　月　日(　歳　ヶ月)

該当する病名・症状に〇印をお願いします。

【病　名】			【症　状】
０１　急性上気道炎	０９　感染性胃腸炎		０１　発　熱
０２　咽頭炎・扁桃腺炎	１０　インフルエンザ		０２　下　痢
０３　気管支炎	１１　伝染性紅斑（リンゴ病）		０３　嘔　吐
０４　喘息・喘息性気管支炎	１２　流行性耳下腺炎		０４　咳　嗽
０５　RSウイルス	１３　中耳炎		０５　喘　鳴
０６　溶連菌感染症	１４　ヘルパンギーナ		０６　発　疹
０７　手足口病	１５　その他		０７　その他
０８　咽頭結膜熱（プール熱）	（　　）		（　　）
０９　結膜炎（流行性角・出血性）			

迅速検査 （※ 行った検査結果に〇印をお願いします。）	インフルエンザウイルス（A／B／－）	ヒトメタニューモウイルス（＋／－）
	アデノウィルス　（＋／－）	ノロウイルス　（＋／－）
	溶連菌　（＋／－）	ロタウイルス　（＋／－）
	RSウイルス　（＋／－）	その他(　　)
	マイコプラズマ　（＋／－）	
安静度	１．個室にて隔離	２．室内保育（他児との遊び可）
食　事	ミルク・離乳食（中期・後期）・幼児食・下痢食	
	アレルギー食（除去内容：　　）	
処　方 （※ 薬剤情報提供書があれば記載は不要）		
備　考		

年　月　日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名　　**印**