

医師連絡票

病児・病後児保育室 おひさま 宛

*保護者記入

児童氏名	生年月日	年	月	日(歳 ヶ月)
通園施設				

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。

*医師記入 該当する病名に○印をお願いします。

【 室内保育（他児との遊び可） 】	【 個室にて隔離 】	
01 急性上気道炎	06 インフルエンザ（A / B）	12 感染性胃腸炎
02 咽頭炎・扁桃腺炎	07 咽頭結膜熱（プール熱）	13 ヘルパンギーナ
03 気管支炎	08 溶連菌感染症	14 結膜炎（流行性角・出血性）
04 喘息・喘息性気管支炎	09 RSウイルス	15 伝染性紅斑（リンゴ病）
05 中耳炎	10 ヒトメタニューモウイルス	16 流行性耳下腺炎
17 その他 []	11 手足口病	17 その他 []
迅速検査 (※ 行った検査結果に ○印をお願いします。)	インフルエンザウイルス (A / B / -)	マイコプラズマ (+ / -)
	アデノウイルス (+ / -)	ノロウイルス (+ / -)
	溶連菌 (+ / -)	ロタウイルス (+ / -)
	RSウイルス (+ / -)	その他 ()
	ヒトメタニューモウイルス (+ / -)	
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