

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。該当する病名がない場合は、その他に記入をお願いします。

【 室内保育（他児との遊び可） 】	【 個室にて隔離 】	
01 急性上気道炎 02 咽頭炎・扁桃腺炎 03 気管支炎 04 喘息・喘息性気管支炎 05 中耳炎 17 その他〔 〕	06 インフルエンザ（A/B） 07 咽頭結膜熱（プール熱） 08 溶連菌感染症 09 RSウイルス 10 ヒトメタニューモウイルス 11 手足口病	12 感染性胃腸炎 13 ヘルパンギーナ 14 結膜炎（流行性角・出血性） 15 伝染性紅斑（リンゴ病） 16 流行性耳下腺炎 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		
医療機関名 所在地 電話番号	年 月 日	医師名 印

記載方法に関して不明な点がございましたら、みらいく早苗町（026-214-7720）にご連絡ください。