

# 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 】	
0 1 急性上気道炎	0 6 インフルエンザ（ A / B ）	1 2 ウイルス性胃腸炎	
0 2 咽頭炎・扁桃腺炎	0 7 咽頭結膜熱（プール熱）	1 3 ヘルパンギーナ	
0 3 気管支炎	0 8 溶連菌感染症	1 4 結膜炎（流行性角・出血性）	
0 4 喘息・喘息性気管支炎	0 9 R S ウイルス	1 5 伝染性紅斑（リンゴ病）	
0 5 中耳炎	1 0 ヒトメタニューモウイルス	1 6 流行性耳下腺炎	
1 8 その他〔	1 1 手足口病	1 7 新型コロナウイルス感染症	
		1 8 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 ( + / - )	新型コロナウイルス ( + / - )	
	ヒトメタニューモウイルス ( + / - )	その他 ( )	
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	

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。