

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	06 インフルエンザ（A/B）	12 ウイルス性胃腸炎	
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	
18 その他〔〕	11 手足口病	17 新型コロナウイルス感染症	
18 その他〔〕		18 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