

医師連絡票 病児保育利用申込書

ゆめぎ保育園 病児保育室

病児・病後児保育事業の利用にあたり、必要な情報について下記の通り連絡します。

年 月 日

医療機関名：

所在地：

電話番号：

担当医師名：

印

◎ 太枠は医師の記入欄となります

児童氏名		性別	生年月日	年齢	診察時体温
		男・女	年 月 日	才 か月	℃
病名・症状 <small>(該当する病名・症状に ☐をお願い致します)</small>	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎(ノロ・アデノ・ロタ) <input type="checkbox"/> 嘔吐下痢症 <input type="checkbox"/> 感冒性腸炎 <input type="checkbox"/> 消化不良症		<input type="checkbox"/> インフルエンザ(A・B) <input type="checkbox"/> 扁桃炎 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 扁桃炎 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 単純ヘルペス感染症 <input type="checkbox"/> その他 ()		【病名未確定の時】 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> その他 ()
	迅速検査 <small>(検査を行った場合に ☐をお願い致します)</small>	<input type="checkbox"/> RSウイルス (+・-) <input type="checkbox"/> インフルエンザA (+・-)		<input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス (+・-) <input type="checkbox"/> インフルエンザB (+・-)	
処方内容	有・無	薬品名・用量・用法			
保育	<input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静(ベッドが主、静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育(室内で普通に遊んでよい)				
食べ物	特に制限なし ・ 胃腸食 ・ その他 ()				
その他 注意事項					

※ 利用児童の安全確保のため当園での受け入れができない病名がありますので下記をご確認ください

【病名】	麻疹 風疹 水痘 流行性角結膜炎 急性期のインフルエンザ・感染性胃腸炎 新型コロナウイルス
【症状】	高熱(38.5℃以上) 熱性けいれんの既往がある
● その他、	医師により病児保育の利用が不可能と判断される状態

ふりがな
 (保護者記入) 保護者氏名
 住所
 電話番号 ()