

はぐみっく病児・病後児保育 医師連絡票

医療機関 住所

名称

医師名

印

電話番号

病児・病後児保育の利用にあたり必要な情報について下記のとおり提供します。

児童氏名	男・女	生年月日	年	月	日
------	-----	------	---	---	---

傷病名	該当する病名に○印をお願いします。					
	1	感冒・感冒用症候群	9	自家中毒	17	麻疹
	2	咽頭炎	10	中耳炎・外耳炎	18	水痘
	3	扁桃腺炎	11	結膜炎	19	風疹
	4	気管支炎	12	伝染性膿痂疹	20	百日咳
	5	喘鳴	13	突発性発疹	21	インフルエンザ
	6	喘息性気管支炎	14	手足口病	22	溶連菌感染症
	7	感冒性嘔吐症	15	伝染性紅斑	23	外傷( )
	8	感染性胃腸炎	16	流行性耳下腺炎	24	その他( )
主な症状	1. 発熱 2. 下痢 3. 嘔吐 4. 咳嗽 5. 喘鳴 6. 発疹 7. その他					
病状 症状の経過 治療状況						
既往歴	なし ・ あり( )					
家族歴	なし ・ あり( )					
アレルギー	なし ・ あり( )					
隔離の有無	1. 隔離不要(他児童と同質での保育が可能) 2. 隔離要(他児童との接触を避ける)					
処方内容	※処方箋等(処方内容の分かる書類) コピー添付で構いません					
食事に関する 指示	1. なし					
	2. あり					
病児保育室への 連絡事項						

この児童は、診察の結果、上記の傷病中または傷病の回復期にあり、病児保育室の

利用可 利用不可

※空気感染、麻疹、流行性角結膜炎、百日咳や点滴などの治療が必要な場合は利用できません。