②

医師連絡票

ふくつライオン保育園　病児保育室

<table>
<tr><td colspan="4">利用児童名（ふりがな）

（男・女）　生年月日　　年　　月　　日（　　歳　　カ月）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">病名・症状</td><td colspan="3">※新型コロナウイルス、麻疹（はしか）、風疹、水痘、百日咳、腸管出血性大腸菌感染症は、
病児保育対象外です。</td></tr>
<tr><td colspan="3">＜該当する病名・症状に「レ」チェックをお願いいたします。＞
□感冒・感冒様症候群　□咽頭炎　□扁桃腺炎　□気管支炎・上気道炎
□ヘルパンギーナ　□喘息・喘息様気管支炎　□突発性発疹　□伝染性紅斑
□急性胃腸炎　□溶連菌感染症　□手足口病　□中耳炎　□流行性耳下腺炎
□インフルエンザ（A・B）　□RSウイルス感染症　□ヒトメタニューモウイルス
□軽度の熱傷・骨折　□ 咽頭結膜熱（プール熱）　□流行性角結膜炎
□アデノウイルス感染症　□肺炎（マイコプラズマ肺炎）　□その他（　　）
＜主な症状＞
□発熱　□下痢　□嘔吐　□咳嗽　□喘鳴　□発疹　□その他（　　）

＜迅速検査を行った場合は記載＞
新型コロナウイルス（＋／－）　インフルエンザ（＋／－）　溶連菌（＋／－）
アデノウイルス（＋／－）　RSウイルス（＋／－）　ロタウイルス（＋／－）
ヒトメタニューモウイルス（＋／－）　その他（　　）（＋／－）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">医師からの意見
（上記の症状・病名における病児保育室での</td><td rowspan="2">隔離</td><td>要　・　否</td><td>感染させる恐れ</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">同一感染症罹患児童との同室保育</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td rowspan="3">与薬指示</td><td colspan="3">与薬方法：　食前　・　食間　・　食後　・　指定時間（　　時間ごと）
薬品名：</td></tr>
<tr><td colspan="3">熱性けいれん座薬指示　　□　なし　　□　あり</td></tr>
<tr><td colspan="3">解熱剤使用　　□　なし
□　あり：BT（　　℃）以上で（　　）を使用</td></tr>
<tr><td>特記すべき既往歴</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>その他注意事項</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

年　　月　　日（診察日）

病児保育室の利用が可能であることを認めます。

所在地

医療機関名

医師名　　印

電話番号